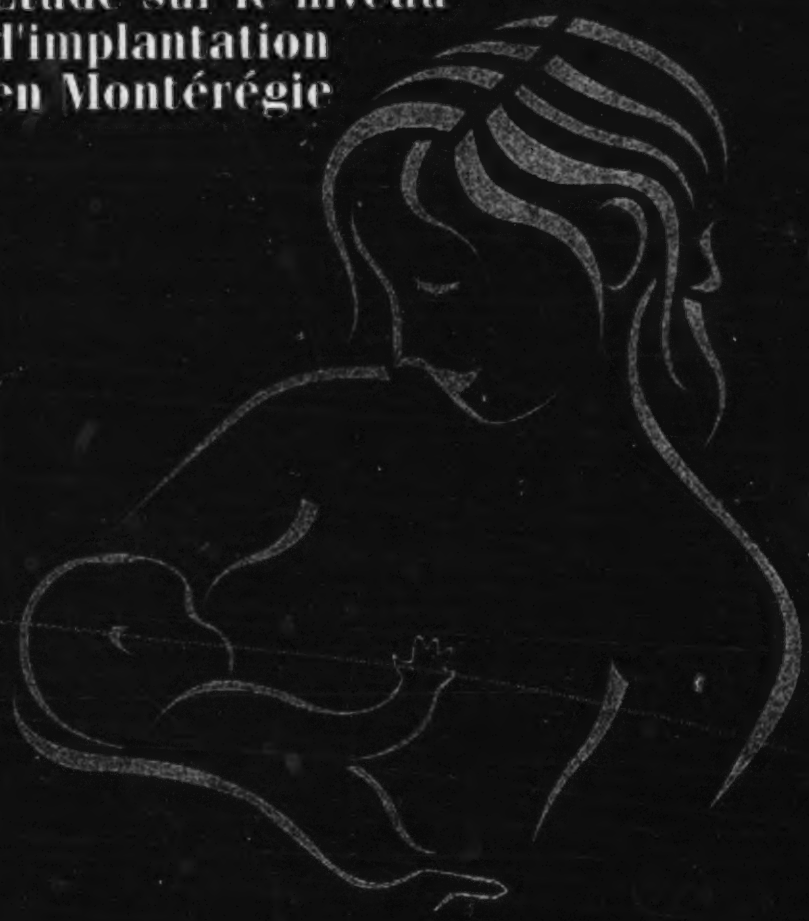
Initiative des hôpitaux amis des bébés

Étude sur le niveau d'implantation en Montérégie



Direction de la santé publique

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

106-04591/

Initiative des hôpitaux amis des bébés

Étude sur le niveau d'implantation en Montérégie

Laura N. Haiek, MD, MSc
Dominique Brosseau, Dtp
Dany L. Gauthier, IBCLC, RLC
Lydia Rocheleau, Dtp, MSc

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

Décembre 2003

Auteures
Laura N. Haiek
Dominique Brosseau
Dany L. Gauthier
Lydia Rocheleau

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Direction des communications
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecoméqc.ca) : 16-2004-001

Dépôt légal – 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-276-4

Prix : 12,00 $

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette étude et nous voulons les remercier, soit :

- Les infirmières-chefs des neuf hôpitaux de la Montérégie qui ont encouragé l'élaboration de cette démarche et ont participé à sa réalisation soit, Nancy Beaulieu, Diane Bousquet, Lise Cartier, Jacinthe Demers, Sylvie Gosselin, Lisette Labarre, Marion Laforce, Jocelyne Mailhot et Lise Montagne;
- Madame Lise Montagne dans l'élaboration du devis et des questionnaires;
- Madame Marie Josée Gaboury pour son implication à titre d'intervieweur-observatrice;
- Monsieur Marc Lavoie pour la saisie et l'analyse des données;
- Madame Ghislaine Reid pour ses commentaires et suggestions à la suite de la lecture des versions préliminaires du rapport;
- Mesdames Sylvie Pichette et Louise Marchitello pour leur précieuse aide et la qualité de leur travail de secrétariat;
- Messieurs Aimé Lebeau et Luc Morel et mesdames Ginette Lafontaine et Suzanne Auger pour l'encouragement soutenu face à ce projet.

Finalement, nous remercions chaleureusement les professionnels et les mères qui ont consacré leur temps pour participer à l'étude.

Mot de la directrice de santé publique

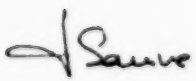
Au cours des vingt dernières années, les études scientifiques ont permis de démontrer les multiples bénéfices de l'allaitement pour la santé des mères et des enfants et la supériorité du lait maternel comparativement à tout autre lait. Il est aussi maintenant reconnu que ces bienfaits sont souvent fonction de l'exclusivité de l'allaitement et de sa durée.

Depuis l'adoption du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981, plusieurs recommandations internationales ont été émises au regard de la protection, du soutien et de la promotion de l'allaitement maternel. Parmi celles-ci, l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*, lancée par l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF en 1991, est venue appuyer le respect du *Code* et favoriser l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement dans les services de maternité par l'établissement des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. Depuis son lancement, ces pratiques hospitalières sont indéniablement reconnues comme des facteurs déterminants pour augmenter non seulement l'initiation de l'allaitement lors du séjour hospitalier, mais aussi son exclusivité et sa durée.

Au cours des six dernières années, la Direction de santé publique a appuyé des actions de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement en vue de favoriser l'atteinte des objectifs de santé publique et l'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* par les établissements de la région. En janvier 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait le Programme national de santé publique dans lequel il cible des actions qui ont démontré un impact sur l'amélioration de la santé et le bien-être des collectivités. En allaitement maternel, le programme prévoit notamment le déploiement dans toutes les régions du Québec de l'*Initiative Amis des bébés* et confirme ainsi l'importance d'encourager nos établissements à obtenir la certification officielle *Amis des bébés*.

Cette étude vient donc à point nommé pour quiconque veut connaître le niveau d'avancement des hôpitaux de la Montérégie dans leurs efforts pour mettre en place les politiques et les pratiques préconisées par l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*. Ces efforts sont bienvenus et essentiels afin de permettre au système de santé de soutenir les mères vers l'atteinte des objectifs de durée et d'exclusivité d'allaitement qu'elles se sont fixés.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

Table des matières

Introduction 11

1. PORTRAIT DE LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MONTÉRÉGIE 13

1.1 Caractéristiques de la région montérégienne 13

1.2 Programme régional pour l'allaitement de la Montérégie 13

2. INITIATIVE DES HÔPITAUX AMIS DES BÉBÉS 15

2.1 Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel 16

2.2 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel 16

2.3 Effets bénéfiques de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés 17

2.4 Niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés 18

3. OBJECTIF DE L'ÉTUDE 21

4. MÉTHODE ET STRATÉGIE DE RECHERCHE 23

4.1 Devis de recherche 23

4.2 Définition de la population à l'étude 23

4.2.1 Perspective des mères 23

4.2.2 Perspective des intervenants 23

4.2.3 Perspective de l'observateur externe 23

4.3 Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage 24

4.3.1 Perspective des mères 24

4.3.2 Perspective des intervenants 24

4.3.3 Perspective de l'observateur externe 25

4.4 Définition opérationnelle des variables 25

4.4.1 Niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés 25

4.4.2 Caractéristiques des centres hospitaliers, des mères et des intervenants participants 25

4.5 Instruments de mesure 26

4.5.1 Perspective des mères 27

4.5.2 Perspective des intervenants 27

4.5.3 Perspective de l'observateur externe 27

4.6 Collecte de données 28
4.6.1 Perspective des mères 28
4.6.2 Perspective des intervenants 28
4.6.3 Perspective de l'observateur externe 28
4.7 Analyse des données 28
4.8 Considérations éthiques 30

5. RÉSULTATS 31
5.1 Caractéristiques des centres hospitaliers et des participants 31
5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers de la Montérégie 31
5.1.2 Perspective des intervenants 32
5.1.3 Perspective des mères 33
5.1.4 Perspective de l'observateur externe 35
5.2 Niveau d'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* en Montérégie 35
5.2.1 Distribution des indicateurs des Dix conditions et du Code 35
5.2.2 Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code 51
5.3 Comparaison des perspectives 52
5.3.1 Questions portant sur les connaissances 52
5.3.2 Questions portant sur les pratiques hospitalières 53
5.3.3 Questions portant sur l'enseignement 53
5.4 Variations des indicateurs selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères 54
5.4.1 Variation des indicateurs selon les caractéristiques des intervenants 54
5.4.2 Variation des indicateurs selon les caractéristiques des mères 54

6. DISCUSSION 57
6.1 Implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés dans les centres hospitaliers de la Montérégie 57
6.2 Forces et limites 62
6.3 Implications pour la planification et l'évaluation du programme 64

CONCLUSION 67

BIBLIOGRAPHIE 69

ANNEXES

Annexe 1 Modèle PRECEDE-PROCEED 79
Annexe 2 Indicateurs pour mesurer le niveau d'implantation des Dix conditions et du Code 83

Annexe 3 Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés dans l'ensemble de la Montérégie 91

Annexe 4 Indices de dissimilitude des connaissances, des pratiques et de l'enseignement 101

Annexe 5 Variations des indicateurs selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères 107

TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers, Montérégie, 2001 31

Tableau 2 Caractéristiques des intervenants, Montérégie, 2001 33

Tableau 3 Caractéristiques des mères interviewées, Montérégie, 2001 34

Tableau 4 Distribution des indicateurs de la Condition 1, Montérégie, 2001 36

Tableau 5 Distribution des indicateurs de la Condition 2, Montérégie, 2001 37

Tableau 6 Distribution des indicateurs de la Condition 3, Montérégie, 2001 38

Tableau 7 Distribution des indicateurs de la Condition 4, Montérégie, 2001 40

Tableau 8 Distribution des indicateurs de la Condition 5, Montérégie, 2001 42

Tableau 9 Distribution des indicateurs de la Condition 6, Montérégie, 2001 44

Tableau 10 Distribution des indicateurs de la Condition 7, Montérégie, 2001 45

Tableau 11 Distribution des indicateurs de la Condition 8, Montérégie, 2001 47

Tableau 12 Distribution des indicateurs de la Condition 9, Montérégie, 2001 48

Tableau 13 Distribution des indicateurs de la Condition 10, Montérégie, 2001 49

Tableau 14 Distribution des indicateurs du *Code*, Montérégie, 2001 50

Tableau 15 Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code, Montérégie, 2001 51

Figure 1 Pourcentage des indicateurs complètement implantés, Montérégie, 2001 52

Introduction

En 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de concert avec les régies régionales, déterminait des actions de santé publique autour de sept priorités dont, entre autres, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Devant le constat que la moitié des mères québécoises choisissaient d'allaiter leur enfant, et ceci seulement pour une courte période, le MSSS s'est intéressé à la situation de l'allaitement maternel au Québec et a établi dans ses Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997), l'objectif suivant :

> *« Que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant. »*

Parallèlement, plusieurs organismes nationaux et internationaux reconnaissaient la supériorité de l'allaitement maternel comparativement aux différents modes d'alimentation du nourrisson (American Academy of Pediatrics, 1997; Organisation mondiale de la Santé/UNICEF, 1990; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; UNICEF/Organisation mondiale de la Santé, 1992). En fait, les études scientifiques démontrent clairement que les bienfaits de l'allaitement sur la santé des mères et des enfants sont nombreux et sont souvent reliés à sa durée et à son exclusivité. Cette constatation est à la base des prises de position de ces organismes qui recommandent un allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie du nourrisson (American Academy of Pediatrics, 1997; Organisation mondiale de la santé, 1994; World Health Organization, 2001a; World Health Organization, 2001b) et la poursuite de l'allaitement jusqu'à un an (American Academy of Pediatrics, 1997) ou deux ans (Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; Organisation mondiale de la Santé/UNICEF, 1990) avec l'ajout d'aliments complémentaires.

Dans ce contexte, la Direction de santé publique (DSP) a mis sur pied, en 1997, le Programme régional pour l'allaitement maternel de la Montérégie (Rocheleau, Haiek et Laguë, 1997). Depuis son lancement, la principale stratégie préconisée par la DSP pour l'atteinte de l'objectif mentionné ci-dessus est l'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*. Cette initiative internationale a été conçue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (Organisation mondiale de la Santé/ UNICEF, 1989; Organisation mondiale de la Santé, 1992). Elle incite les hôpitaux à offrir un niveau optimal de soins aux mères et à leur bébé en promouvant l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement maternel. Pour obtenir la certification officielle *Hôpital ami des bébés*, l'établissement doit se conformer aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et adhérer au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

En 2000, une révision de la planification s'est avérée nécessaire afin de mieux orienter les actions et l'évaluation du programme régional en lien avec des objectifs précis et réalistes. Le modèle théorique Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991) a été retenu et adapté pour guider le processus de révision de la planification du programme (annexe 1). Selon Green et Kreuter, une définition claire des comportements à modifier et un diagnostic de ces derniers constituent une étape nécessaire pour la planification sociosanitaire.

Pour réaliser ce diagnostic, les comportements d'intérêt doivent être identifiés tant au niveau des individus que des organisations. La présente étude s'intéresse précisément aux comportements des organisations qui dispensent des soins de santé aux mères au regard des pratiques favorables à l'allaitement maternel préconisées par l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*. Dans la phase initiale de l'implantation du programme, l'état de la situation de ces pratiques dans les centres hospitaliers montérégiens n'était pas connu. La présente étude vise donc à connaître le niveau d'implantation de *l'Initiative des hôpitaux amis des bébés* dans les neuf hôpitaux de la Montérégie qui font des accouchements. Ce diagnostic permettra de réviser les objectifs du programme à partir de données reflétant davantage la situation montérégienne.

1. Portrait de la situation de l'allaitement maternel en Montérégie

1.1 Caractéristiques de la région montérégienne

La région desservie par la régie régionale s'étend de Valleyfield à Sorel, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Eastman vers le sud-est. Elle comprend également l'Île Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne. Dans cette région, vit une population d'environ 1,3 million d'habitants répartie sur environ 10 000 km carrés. La Montérégie représente la deuxième région sociosanitaire en importance au Québec après celle de Montréal-Centre. La Montérégie compte 9 centres hospitaliers pratiquant des accouchements, 19 CLSC et 18 organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement répartis dans tous les territoires de CLSC. Le centre hospitalier Kateri Memorial, desservant le territoire Mohawk de Khanawake, est aussi situé dans le territoire de la Montérégie mais sa clientèle ne participe pas aux activités du programme.

1.2 Programme régional pour l'allaitement de la Montérégie

Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 recommandaient que soient mises en place, aux niveaux national, régional et local, des interventions pour favoriser l'allaitement maternel. La DSP de la Montérégie a alors décidé de faire de l'allaitement maternel une priorité pour la région et mobilisa, dès 1997, les partenaires concernés en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre du Programme régional pour l'allaitement maternel. Puisqu'à cette époque l'état de la situation de l'allaitement en Montérégie n'était pas connu, l'objectif des Priorités nationales de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997) a été retenu comme l'objectif général du programme : que d'ici 2002, l'allaitement à la naissance augmente à 80 % et qu'il soit de 60 % et 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant. Les objectifs spécifiques étaient de :1) mettre en place des mesures de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement maternel avec tous les partenaires de la région; 2) contribuer à l'harmonisation, à la justesse des messages et des techniques véhiculés auprès de la femme enceinte, de la mère qui allaite, de son conjoint et du grand public et 3) encourager le partenariat entre les différents professionnels, établissements et organismes communautaires afin de soutenir les mères qui allaitent (Rocheleau, Haiek et Laguë, 1997).

La stratégie issue de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, soit l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB) a guidé, depuis le début, les actions

réalisées en Montérégie. Elle vise à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement par la conformité aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (*Dix conditions*) (UNICEF/Organisation mondiale de la Santé, 1992) et le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code)* (Armstrong et Sokol, 2001; Organisation mondiale de la Santé, 1981).

En 1998, le programme proposa l'établissement d'une structure régionale de concertation par la mise sur pied d'un comité régional pour l'allaitement maternel. Ainsi, une douzaine de personnes représentant les secteurs de la santé, du milieu communautaire, de l'éducation et des communications médiatiques ont accepté de partager leur intérêt et leur expertise dans l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action régional. D'autre part, pour favoriser la concertation locale, le programme a également suscité le rassemblement des acteurs concernés en des comités locaux pour l'allaitement maternel. Ces comités regroupent chacun des centres hospitaliers avec les médecins œuvrant en périnatalité, le(s) CLSC et le(s) organisme(s) communautaire(s) offrant du soutien à l'allaitement de leur territoire en vue de planifier et de mettre de l'avant des actions locales concertées dans une optique de complémentarité et de continuité de services offerts à la communauté. Ces comités locaux sont soutenus par une infirmière de l'unité de maternité du centre hospitalier appelée « responsable locale en allaitement » dont la tâche est financée par le budget du programme. Cette dernière voit aussi à l'organisation des sessions de formation et au soutien des intervenants de son territoire.

Le programme régional bénéficie aussi des services de consultantes en allaitement pour soutenir l'ensemble des actions à mettre en place, tant au niveau local qu'au niveau régional, dans un souci d'harmonisation des informations transmises à la communauté. Dans ce contexte, une attention particulière a été accordée à la formation en vue de favoriser l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement par les intervenants. La formation conçue dans le cadre du programme est une adaptation de la formation de l'UNICEF et de l'OMS intitulée « Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : formation de 18 heures destinée au personnel des maternités » (UNICEF/ Organisation mondiale de la Santé, 1994) et est divisée en trois journées de six heures chacune. Entre octobre 1998 et juin 2003, 2 181 présences pour l'ensemble des trois journées de formation ont été relevées. En fait, en Montérégie, 1 003 personnes provenant de presque tous les centres hospitaliers, CLSC et organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement ont participé à au moins l'une des trois journées de la formation. De plus, une trousse de formation a été conçue afin de faciliter l'animation de la première journée de la formation de 18 heures : *L'allaitement maternel, formation de base. Trousse à l'intention des intervenants œuvrant en périnatalité* (Gauthier, Haiek et Rocheleau, 2002; Gauthier et autres, 2002).

Enfin, le programme a aussi permis la mise en réseau de divers acteurs : les responsables locales en allaitement, les chefs d'unité de maternité des centres hospitaliers et les responsables des organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement. Les rencontres entre ces divers types d'acteurs donnent lieu à un partage d'expérience et à un ressourcement en matière d'allaitement maternel qui sont essentiels à l'implantation du programme en Montérégie.

2. Initiative des hôpitaux amis des bébés

C'est en 1991, pour faire suite à la Déclaration d'Innocenti (Organisation mondiale de la Santé/UNICEF, 1990), que deux organisations internationales, l'UNICEF et l'OMS, lancèrent l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* qui fait la promotion de pratiques favorables à l'allaitement. Depuis ce lancement, l'IHAB est au cœur des programmes de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement partout dans le monde. Celle-ci a pour but de faciliter l'allaitement maternel dans les maternités en instaurant un environnement favorable aux mères et aux bébés. Elle constitue à la fois un guide de cheminement et un guide d'évaluation des progrès accomplis et s'inscrit dans un processus visant la qualité des soins offerts aux bénéficiaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001).

En 1998, le Comité canadien pour l'allaitement a élargi l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* pour inclure, en plus des services de maternité, les établissements de santé œuvrant dans la communauté (CLSC et maisons de naissance) qui jouent un rôle dans l'encouragement et le soutien à l'allaitement (Breastfeeding Committee for Canada, 2002; Comité canadien pour l'allaitement, 1999). Pour ces établissements, les conditions à satisfaire pour devenir *Amis des bébés* sont les *Sept étapes du plan pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire*. L'IHAB est donc incluse dans l'*Initiative des amis des bébés* (IAB).

Le MSSS, dans ses lignes directrices en matière d'allaitement maternel a aussi fait de cette stratégie une priorité pour le Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). C'est le cas également du Programme national de santé publique qui vise l'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* dans les centres hospitaliers de la province (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Pour être reconnu *Ami des bébés*, un hôpital ou une maison de naissance doit (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001) :

1. se conformer aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*;
2. respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*;
3. avoir un taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie de la maternité ou un taux égal ou supérieur à la moyenne nationale si celle-ci est supérieure à 75 %;
4. passer avec succès un processus d'évaluation et de reconnaissance.

2.1 Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Pour qu'un centre hospitalier soit reconnu *Hôpital ami des bébés*, chacune des *Dix conditions* suivantes doit être mise en œuvre par l'ensemble du personnel en contact avec les mères :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance[1].
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

2.2 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

En plus de se conformer aux *Dix conditions*, les centres hospitaliers désirant être reconnus *Hôpital ami des bébés* doivent respecter le *Code* et ses résolutions subséquentes (Armstrong et Sokol, 2001; Organisation mondiale de la Santé, 1981). Le *Code* constitue un moyen de protéger l'allaitement en assurant une mise en marché éthique de tous les aliments voulant remplacer le lait maternel ainsi que des tétines artificielles et biberons. Il stipule les conditions, applicables à tous les pays, sous lesquelles ces produits peuvent être vendus, publicisés ou distribués (Chalmers, 1998). On retrouve souvent le *Code* abrégé en dix éléments, pour faire le lien avec les *Dix conditions* :

[1] La condition 4 a été révisée depuis et est maintenant interprétée comme suit : le bébé doit être placé en contact peau à peau à l'intérieur des 30 premières minutes et laissé sur sa mère sans être dérangé jusqu'à ce qu'il prenne le sein spontanément quand il en ressent le besoin. Le temps moyen pour qu'un nouveau-né prenne le sein de sa mère et se mette à téter est d'environ 55 minutes après la naissance et la majorité des bébés réussissent à le faire dans les deux heures qui suivent l'accouchement (UNICEF/Organisation mondiale de la Santé, 1998).

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes et aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnements gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour les bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

Cependant, le contenu du *Code* et des résolutions adoptées subséquemment comprend de nombreux articles et est beaucoup plus complexe sous sa forme intégrale. Il faut le consulter dans sa version intégrale pour reconnaître et comprendre les objectifs qu'il poursuit. Par exemple, l'interdiction de l'enseignement de groupe sur les préparations commerciales pour nourrissons et l'obligation pour les établissements d'acheter celles qu'ils utilisent à un coût de 80 % ou plus du prix régulier se retrouvent aussi dans les articles du *Code*. Pour obtenir la reconnaissance officielle *Hôpital ami des bébés*, tous les éléments du *Code* doivent être respectés.

2.3 Effets bénéfiques de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés

Plusieurs études et méta-analyses effectuées dans la dernière décennie ont examiné l'effet de l'implantation des *Dix conditions* dans leur globalité sur les taux d'allaitement maternel et sur la santé des bébés (Cattaneo et Buzzetti, 2001; DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001; Kramer et autres, 2001a; Organisation mondiale de la Santé, 1999; Philipp et autres, 2001; Wright, Rice et Wells, 1996). Ces études ont permis de démontrer que l'implantation des *Dix conditions* est une stratégie efficace pour augmenter l'initiation, la durée et

l'exclusivité de l'allaitement maternel et pour prévenir des problèmes de santé liés au fait de ne pas allaiter. En effet, même si l'implantation de chacune des *Dix conditions* peut avoir en soi un effet sur l'allaitement, l'implantation de plusieurs conditions, surtout dans le cadre d'un programme bien établi, a un effet plus grand (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). La seule étude qui a randomisé des hôpitaux afin d'implanter l'IHAB a démontré une augmentation dans l'exclusivité de l'allaitement à six mois et son maintien à douze mois ainsi qu'une diminution importante de l'incidence de maladies gastro-intestinales et de l'eczéma atopique au cours de la première année de vie des enfants étant nés dans les hôpitaux expérimentaux (Kramer et autres, 2001a). En ce qui concerne le *Code*, des résultats indiquent que la remise des paquets-cadeaux à la sortie de l'hôpital entraîne une diminution de la durée de l'allaitement (Donnelly et autres, 2000; Organisation mondiale de la Santé, 1999; Perez-Escamilla et autres, 1994).

2.4 Niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés

Peu d'études nord-américaines portant sur le niveau d'implantation de l'IHAB dans les établissements de santé ont été réalisées. Seulement une étude parmi celles-ci a vérifié l'adoption des pratiques hospitalières dans 43 hôpitaux de la province du Manitoba utilisant comme source d'information l'opinion des gestionnaires et des professionnels y travaillant ainsi que l'expérience des mères ayant accouché dans les hôpitaux étudiés (Martens et autres, 2000). D'autres études mesurant l'implantation de l'IHAB au Canada et aux États-Unis ont utilisé une seule source d'information, soit un représentant hospitalier (Levitt et autres, 1996; Syler et autres, 1997) ou des membres du personnel (Dodgson et autres, 1999; Kovach, 1997) ou les mères ayant accouché dans l'hôpital (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001; Lepage, Doré et Carignan, 2000; Loiselle et autres, 2001). Ces études démontrent une implantation partielle des pratiques préconisées par l'IHAB. En fait, très peu d'hôpitaux canadiens ou américains participant à ces études rencontrent les critères permettant d'obtenir la certification *Hôpital ami des bébés* selon les normes de l'OMS/UNICEF.

Plus loin de chez nous, plusieurs études européennes ont examiné l'implantation de l'IHAB dans leurs établissements de santé. Une étude norvégienne a documenté des changements considérables dans les routines hospitalières entre 1973 et 1991 avec l'adoption progressive des pratiques conformes à celles préconisées par l'IHAB (Heiberg Endresen et Helsing, 1995). Une étude italienne réalisée dans huit hôpitaux a permis de constater que la formation des employés avait fait augmenter le nombre de conditions de l'IHAB appliquées de 2,4 à 7,7 (Cattaneo et Buzzetti, 2001). Finalement, trois autres études démontrent une implantation partielle de l'IHAB dans des unités de maternité d'hôpitaux anglais (Garforth et Garcia, 1989), écossais (Campbell, Gorman et Wigglesworth, 1995) et turcs (Gökçay et autres, 1997), les deux dernières études ayant utilisé une adaptation des outils d'évaluation produits par l'OMS/UNICEF pour l'évaluation officielle.

Bien qu'il y ait plus de 18 000 établissements à travers le monde, seul deux hôpitaux se trouvent au Canada. L'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, en Montérégie, reconnu en juin 1999 est un des deux centres hospitaliers canadiens ayant été certifiés *Hôpital ami des*

bébés. En ce qui concerne les huit autres hôpitaux de la Montérégie n'ayant pas encore reçu la certification, seule une auto-évaluation effectuée en 1998 a permis d'évaluer sommairement les pratiques reliées à l'allaitement. Un portrait plus approfondi des pratiques favorables à l'allaitement dans les hôpitaux montérégiens se révélait donc primordial afin d'élaborer une planification régionale et locale et de déterminer les actions les plus appropriées pour favoriser l'implantation de l'IHAB dans ces établissements.

3. Objectif de l'étude

Tel que mentionné précédemment, la démarche actuelle s'intéresse au diagnostic du comportement inclus dans l'étape 3 du modèle Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991) (annexe 1). Cette étape du modèle permet d'identifier les facteurs comportementaux des individus et des organisations en relation avec les problèmes identifiés lors des diagnostics social et épidémiologique (Green et Kreuter, 1991; Renaud et Gomez Zamudio, 1998).

Lors de l'étape 3, plusieurs comportements liés à l'allaitement maternel ont été identifiés tant au niveau des individus qu'au niveau des organisations :

Au niveau des comportements des individus (mères) :

- l'initiation de l'allaitement total et exclusif;
- le maintien de l'allaitement total et exclusif jusqu'à trois mois;
- le maintien de l'allaitement total et exclusif jusqu'à six mois.

Le diagnostic relié à ces comportements fait l'objet d'une autre étude (Haiek et autres, 2003).

Au niveau des comportements des organisations :

- l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement telles que définies dans l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*, par les établissements de santé de la Montérégie.

Dans la présente utilisation du modèle théorique, les organisations à l'étude sont les hôpitaux accoucheurs et les pratiques favorables à l'allaitement maternel sont celles définies par les *Dix conditions* et le *Code*. L'objectif de l'étude est donc de connaître le niveau d'implantation de l'IHAB dans les neuf hôpitaux de la Montérégie qui font des accouchements.

4. Méthode et stratégie de recherche

4.1 Devis de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive largement inspirée du processus mis en place par l'OMS/ UNICEF pour évaluer les centres hospitaliers voulant être reconnus *Hôpital ami des bébés*. Par conséquent, l'étude porte sur les pratiques des hôpitaux de la Montérégie selon les trois perspectives proposées par l'évaluation officielle : celle des mères, celle des intervenants et celle d'un intervieweur/observateur externe. Pour chaque perspective, un type de mesure a été associé : 1) une enquête téléphonique auprès des mères ayant accouché récemment dans les hôpitaux ciblés; 2) des entrevues semi-structurées auprès des intervenants œuvrant en milieu hospitalier et 3) de l'observation directe dans les unités de maternité.

4.2 Définition de la population à l'étude

Les neuf hôpitaux de la Montérégie qui font des accouchements étaient visés par cette étude. Pour chacun des hôpitaux, trois populations ont été définies selon les perspectives mentionnées précédemment.

4.2.1 Perspective des mères

La population à l'étude était constituée de mères de tous âges, primipares ou multipares, ayant accouché dans l'un des neuf centres hospitaliers. Le seul critère d'exclusion était les mères d'enfants décédés.

4.2.2 Perspective des intervenants

Trois types d'intervenants de chaque unité de maternité ont été visés au départ : l'infirmière-chef, les infirmières et les médecins. Lorsque présentes dans un centre hospitalier, les puéricultrices ont également été considérées dans cette perspective.

4.2.3 Perspective de l'observateur externe

La population étudiée par observation directe était constituée du personnel, des mères, des bébés et des membres de la famille présents au centre hospitalier lors de la visite des intervieweurs-observateurs. L'observation directe avait lieu dans l'unité de maternité comprenant les chambres de naissance et post-partum, les postes de travail des infirmières,

les corridors, la pouponnière et tout autre lieu fréquenté par les femmes enceintes. Ces lieux étaient aussi visés par l'observation directe.

4.3 Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage

Trois échantillons différents ont été obtenus pour chacune des populations à l'étude mentionnées ci-dessus.

4.3.1 Perspective des mères

Un échantillon a été sélectionné parmi les femmes ayant accouché entre le 9 février et le 7 mai 2001 en Montérégie. Les femmes ont été identifiées grâce aux avis de naissance transmis de façon périodique à la DSP par les hôpitaux où les accouchements ont lieu. La collaboration de chacun des hôpitaux a été demandée afin que soit inscrit, pour la durée de l'enquête, le type d'accouchement (voie vaginale ou par césarienne) sur les avis de naissance envoyés à la DSP. Dans le cas de mères ayant accouché de jumeaux ou de triplés, un seul avis de naissance a été utilisé lors de l'échantillonnage.

Pour sélectionner les mères, les avis de naissance de chaque hôpital ont été organisés en deux listes : une liste pour les accouchements par voie vaginale et une autre pour les accouchements par césarienne. Le nom de la première mère de la liste a été tiré au hasard. Les autres femmes ont été sélectionnées selon un intervalle régulier, établi proportionnellement au nombre de naissances hebdomadaires de chaque hôpital, jusqu'à l'atteinte du nombre de mères répondantes désiré : 10 mères ayant accouché par voie vaginale et 5 mères par césarienne (un taux de non-réponse d'environ 20 % était attendu) par hôpital, soit un total, pour la Montérégie, de 90 accouchements par voie vaginale et de 45 par césarienne.

4.3.2 Perspective des intervenants

L'accord des hôpitaux a d'abord été obtenu afin de réaliser les entrevues avec les professionnels de la santé de façon impromptue. Une lettre a été envoyée aux directeurs généraux des hôpitaux afin de les informer de la démarche et, par la même occasion, de demander leur collaboration lors de la visite des intervieweurs-observateurs. Les infirmières-chefs des centres hospitaliers montérégiens avaient, pour leur part, déjà donné un accord verbal et participé à la conceptualisation de l'étude lors d'une réunion avec les responsables du programme.

Dix à onze membres du personnel soignant ont été interviewés (1 infirmière-chef, 1 à 2 médecins et 7 à 8 infirmières ou puéricultrices) dans chacun des hôpitaux lors de la visite des intervieweurs-observateurs entre le 13 février et le 5 avril 2001. Ces personnes ont été échantillonnées dans chacun des quarts de travail parmi le personnel présent et disponible à l'unité de maternité lors de la visite. Le nombre d'années d'expérience et les fonctions de la personne interviewée ont été notés sur le questionnaire afin de caractériser, lors de l'analyse, les groupes de professionnels de la santé interviewés.

4.3.3 Perspective de l'observateur externe

Pour l'observation directe, le personnel, les mères, les bébés et les membres de la famille présents à l'unité de maternité lors de la visite des intervieweurs-observateurs entre le 13 février et le 5 avril 2001 ont été échantillonnés. Les lieux physiques fréquentés par les femmes enceintes et les mères ont aussi été visés par l'observation.

4.4 Définition opérationnelle des variables

4.4.1 Niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés

Des indicateurs ont été identifiés pour chacune des *Dix conditions* et certains articles du *Code* (annexe 2). Comme l'étude est largement inspirée du processus mis en place par l'OMS/UNICEF pour évaluer les centres hospitaliers voulant être reconnus *Hôpital ami des bébés,* la plupart de ces indicateurs ont été définis en respectant les *Règles mondiales* de l'IHAB (UNICEF/ Organisation mondiale de la Santé, 1992) et sont mesurés en utilisant les trois perspectives utilisées lors de l'évaluation officielle mentionnée ci-dessus. Toutefois, des indicateurs pour certaines conditions ont été définis différemment pour répondre aux particularités et aux besoins du programme régional.

Pour mesurer le niveau d'implantation de l'IHAB, un seuil à atteindre a été fixé pour chaque indicateur afin de le considérer complètement implanté. Pour la plupart des indicateurs, le seuil est de 80 %. Par exemple, il faut que 80 % des intervenants interviewés aient reçu de la formation au cours des trois dernières années pour que cet indicateur de la condition 2 soit considéré complètement implanté. Toutefois, le seuil à atteindre se situe à 50 % pour certains indicateurs des conditions 4 et 7 faisant référence aux naissances par césarienne. De plus, le seuil est établi à 100 % lorsqu'il s'agit d'une mesure dichotomique, comme la présence ou l'absence d'une politique d'allaitement prévue à la condition 1 et la plupart des indicateurs du *Code*. Les seuils à atteindre pour chaque indicateur sont présentés dans la première colonne de gauche à l'annexe 3.

4.4.2 Caractéristiques des centres hospitaliers, des mères et des intervenants participants

Pour compléter le portrait de l'implantation de l'IHAB en Montérégie, certaines caractéristiques des centres hospitaliers participants, des mères et des intervenants ont été recensées :

Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers montérégiens

1. Nombre de lits
2. Aménagement physique de l'unité de maternité
3. Nombre annuel d'accouchements
4. Taux annuel d'accouchements par césarienne
5. Taux annuel d'épidurales et d'anesthésies générales

6. Durée moyenne du séjour à l'hôpital
7. Initiation de l'allaitement total et exclusif (taux représentatif de la Montérégie)
8. Taux annuel de bébés de petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes)

Caractéristiques des intervenants

1. Fonctions à l'hôpital
2. Quart de travail habituel
3. Années d'expérience à l'unité de maternité

Caractéristiques des mères et des nourrissons

1. Âge de la mère au moment de l'accouchement
2. État civil
3. Statut social
4. Niveau de scolarité au moment de l'accouchement
5. Langue parlée le plus souvent à la maison
6. Pays d'origine
7. Poids du bébé à la naissance (en grammes)
8. Durée de gestation (en semaines complètes)
9. Type d'accouchement
10. Durée du séjour à l'hôpital
11. Nombre d'enfants de la mère
12. Taux d'allaitement total pour l'échantillon (non représentatif de la Montérégie)
13. Taux d'allaitement exclusif pour l'échantillon (non représentatif de la Montérégie)

4.5 Instruments de mesure

Deux questionnaires et une grille d'observation ont été élaborés pour recueillir les informations visant à mesurer l'implantation des indicateurs ainsi que les autres variables d'intérêt. Ces instruments sont en partie inspirés de questionnaires déjà éprouvés lors d'études publiées (Kovach, 1996; Lepage et Moisan, 1998; Martens et autres, 2000) et de l'expérience des membres de l'équipe de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins acquise lors de son évaluation pour l'obtention de la certification *Hôpital ami des bébés*.

Pour chaque perspective, l'information recueillie au moyen des instruments de mesure a été utilisée pour déterminer la distribution des indicateurs. Ces indicateurs peuvent être mesurés directement avec une seule question ou peuvent découler de la prise en compte de plusieurs questions. Pour certaines conditions, les indicateurs concernent seulement une perspective (condition 2) tandis que pour d'autres, il y a des indicateurs définis pour toutes les perspectives (condition 7).

4.5.1 Perspective des mères

Le questionnaire téléphonique s'adressant aux mères comportait 10 sections à questions ouvertes et fermées :

- ✓ 9 sections portant sur les conditions 1 et 3 à 10;
- ✓ 1 section portant sur le respect de certains éléments du *Code*.

Les questions ouvertes comportaient des choix de réponse préétablis (non mentionnés aux mères au moment de l'entrevue) et seuls ceux-ci étaient considérés pour décider si la réponse était conforme et définir la présence ou l'absence de l'indicateur étudié par la question. Lorsque la réponse donnée par la mère ou l'intervenant ne se trouvait pas parmi les choix préétablis, on encourageait la personne à répondre de nouveau jusqu'à l'épuisement des réponses. Les questions étaient dirigées vers l'ensemble des mères à l'exception de certains indicateurs de la condition 5 et de tous les indicateurs de la condition 8, où seules les mères ayant tenté d'allaiter devaient répondre. Enfin, le questionnaire a été prétesté auprès de cinq femmes et il a été révisé à la suite de ce prétest. Le questionnaire français a ensuite été traduit en anglais.

4.5.2 Perspective des intervenants

Le questionnaire utilisé lors des entrevues semi-structurées comportait 11 sections à questions ouvertes et fermées :

- ✓ 10 sections portant sur les conditions 1 à 10;
- ✓ 1 section portant sur le respect de certains éléments du *Code*.

Tout comme le questionnaire auprès des mères, certaines questions ouvertes comportaient des choix de réponse préétablis (non mentionnés aux intervenants au moment de l'entrevue) et seuls ceux-ci étaient considérés pour décider si la réponse était conforme et définir la présence ou l'absence de l'indicateur étudié par la question. Lorsque la réponse donnée par l'intervenant ne se trouvait pas parmi les choix de réponse préétablis, il était incité à répondre de nouveau jusqu'à l'épuisement des réponses.

Les dix premières sections s'adressaient aux infirmières-chefs, aux infirmières et aux médecins de l'unité de maternité, tandis que la dernière section portant plus spécifiquement sur certains éléments du *Code*, ne s'adressait qu'aux infirmières-chefs.

Enfin, le questionnaire a été prétesté auprès de quatre intervenants d'un centre hospitalier de Montréal, mais il n'a pas été traduit en anglais puisque la totalité des intervenants montérégiens interviewés maîtrisait la langue française.

4.5.3 Perspective de l'observateur externe

Une grille a été utilisée lors de l'observation directe dans les unités de maternité afin de mesurer les conditions 1 et 4 à 9 ainsi que certains éléments du *Code*.

4.6 Collecte de données

4.6.1 Perspective des mères

Deux intervieweurs ont effectué la collecte de données par téléphone. Le nom et le numéro de téléphone des mères faisant partie de l'échantillon se retrouvaient sur chacun des avis de naissance. Les femmes ont été contactées de 3 à 12 jours après l'accouchement. L'entrevue téléphonique durait environ 10 à 15 minutes.

4.6.2 Perspective des intervenants

Les entrevues semi-structurées ont été effectuées par les deux intervieweurs-observateurs. Ceux-ci devaient se rendre dans chacun des hôpitaux de façon impromptue, pour une période d'environ 16 heures couvrant les trois quarts de travail. Les entrevues, d'une durée approximative de 20 minutes, ne devaient pas nuire au travail des professionnels.

4.6.3 Perspective de l'observateur externe

L'observation directe a été effectuée par deux intervieweurs/observateurs pendant les 16 heures prévues pour les entrevues auprès des intervenants.

4.7 Analyse des données

La saisie des données a été effectuée par un technicien de recherche et les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS.

Premièrement, une analyse a été effectuée pour déterminer la distribution des indicateurs dans l'ensemble de la Montérégie. Tel que mentionné précédemment, chacune des *Dix conditions* et les éléments du *Code* comprennent, en considérant toutes les perspectives, de 3 à 14 indicateurs (voir l'annexe 2). Pour chaque indicateur, les réponses aux questions qui les mesurent ont d'abord été examinées pour établir si la réponse donnée par l'intervenant ou la mère, ou encore si l'observation enregistrée, était conforme aux pratiques préconisées par l'IHAB. Lorsque la réponse ou l'observation était jugée conforme, l'indicateur était considéré présent. Ensuite, un calcul a été fait pour déterminer le pourcentage de présence des indicateurs et ainsi établir leur distribution.

Deuxièmement, le niveau d'implantation de l'IHAB a été déterminé en examinant la distribution des indicateurs définis pour chacune des *Dix conditions* et pour certains des éléments du *Code* (voir deuxième colonne de gauche dans l'annexe 3). Pour considérer un indicateur complètement implanté, le pourcentage de présence devait atteindre une valeur égale ou supérieure au seuil fixé pour l'indicateur en question (voir première colonne de gauche dans l'annexe 3). De plus, le respect de chacune des *Dix conditions* et du *Code* a été déterminé en vérifiant si tous les indicateurs définis pour ceux-ci étaient complètement implantés.

Puisque l'unité d'analyse était l'hôpital, les données montérégiennes ont été obtenues par l'addition des données par hôpital. Pour les perspectives des intervenants et des mères, chacun des hôpitaux avait le même poids puisque le nombre de mères interviewées était le même dans chacun d'eux et le nombre d'intervenants était presque identique (10 à 11 intervenants par hôpital). Il est à noter qu'aucune correction de la surreprésentation des accouchements par césarienne n'a été faite : l'enquête auprès des mères comprend 5 accouchements par césarienne sur 15 mères échantillonnées, soit 33 %, ce qui est de beaucoup supérieur à la situation observée en Montérégie où la proportion de césariennes varie de 12 % à 24 % (moyenne montérégienne de 17 %). Pour la perspective des observateurs, une procédure différente a été utilisée. En effet, chaque hôpital avait un nombre différent de bébés observés, variant de 5 à 16. Une correction a été effectuée de façon à donner à chaque hôpital le même poids lors de l'analyse de l'ensemble des hôpitaux de la Montérégie. Les observations ont donc été transformées en pourcentage de présence des indicateurs pour chacun des hôpitaux et le résultat montérégien a été obtenu en faisant la moyenne de ces pourcentages.

Il est aussi à noter que certaines analyses de la perspective des mères, soit aux conditions 4 et 7, ont été réalisées de façon distincte pour les accouchements par voie vaginale et pour les césariennes. De plus, pour ces deux conditions, une exclusion des bébés de 2 000 grammes ou moins a été faite car l'initiation de l'allaitement (contact précoce) et la cohabitation 24 heures sur 24 sont souvent compromises dans ces cas. En effet, ces bébés requièrent souvent un suivi médical très serré, ce qui les amène à être séparés de leur mère dès la naissance et à rester plus longtemps en pouponnière. La décision d'exclure les bébés de 2 000 grammes ou moins plutôt que ceux de 2 500 grammes (critère utilisé pour la définition des bébés de petit poids) vient du fait que la santé des trois bébés de l'étude dont le poids se situait entre 2 000 et 2 500 grammes n'a ni compromis le contact précoce ni le fait de cohabiter avec leur mère. Finalement, les mères n'ayant jamais tenté d'allaiter ont été exclues de l'analyse de la perspective des mères pour certains indicateurs de la condition 5 et pour tous les indicateurs de la condition 8.

Troisièmement, une comparaison des trois perspectives a été faite, soit entre les intervenants des hôpitaux, les mères et l'observateur externe. Certaines questions ont été posées de façon identique ou presque identique d'une perspective à l'autre, ce qui nous fournit deux ou même, à l'occasion, trois perspectives différentes sur le même sujet. Pour caractériser les comparaisons deux à deux, l'indice de dissimilitude tel qu'utilisé à Statistique Canada, a été retenu. Cet indice de dissimilitude se définit comme la moitié de la somme des écarts absolus entre les distributions (en %) des réponses à des questions identiques posées à deux groupes différents. Plus l'indice est élevé, plus les perspectives diffèrent entre elles. Une variabilité supérieure à 15 % porte à penser qu'il existe une différence significative entre les deux sources dans les réponses données, c'est-à-dire une différence réelle au-delà des différences échantillonnales. Les comparaisons entre les perspectives sont présentées pour certains indicateurs des connaissances en matière d'allaitement, des pratiques hospitalières favorables à l'allaitement et de l'enseignement fait aux mères par les intervenants.

Finalement, les variations dans la présence des indicateurs selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères ont été analysées. Pour les intervenants, les variables de croisement retenues sont l'appartenance professionnelle et l'horaire de travail. Pour les

mères, les variables retenues sont l'âge, le type d'accouchement, la parité, le niveau de scolarité ainsi que les taux de l'allaitement total et exclusif à la sortie de l'hôpital.

4.8 Considérations éthiques

Le protocole de recherche ainsi que les formulaires de consentement et les questionnaires ont été approuvés par le comité de déontologie du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne.

Pour les perspectives des intervenants et de l'observateur externe, l'accord des infirmières-chefs des unités de maternité a d'abord été obtenu. Ensuite, une lettre expliquant le but et la méthodologie de l'étude et l'approbation du Comité d'éthique a été envoyée à chaque directeur général des hôpitaux participants. Un suivi téléphonique a été effectué pour demander s'ils avaient besoin de renseignements supplémentaires et s'assurer de leur consentement à participer à l'étude.

Pour la perspective des mères, la prise de contact avec les mères échantillonnées s'est effectuée dans le respect des personnes, en visant à obtenir un consentement éclairé. Le formulaire de consentement était lu en début d'entrevue. Il incluait un message d'introduction comprenant des informations claires quant au but et à la pertinence de l'étude et quant au caractère anonyme et confidentiel de l'enregistrement des données. Il indiquait aussi qu'un refus de participer n'entraînait aucune conséquence pour la mère, ni pour l'enfant. Le consentement de la mère était obtenu verbalement et enregistré sur le formulaire. Aucune donnée nominative n'était inscrite sur les questionnaires. Toutes les précautions ont été prises afin de préserver la confidentialité des renseignements fournis par les répondantes.

5. Résultats

5.1 Caractéristiques des centres hospitaliers et des participants

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers de la Montérégie

Le tableau suivant montre les caractéristiques sociodémographiques de chacun des hôpitaux de la Montérégie. Il faut toutefois noter que les naissances dans les hôpitaux montérégiens ne représentent pas la totalité des naissances chez les femmes résidant en Montérégie. Par exemple, selon les informations recueillies dans les fichiers des naissances (formulaire SP-1), il y a eu 12 451 naissances parmi les femmes résidant sur le territoire de la Montérégie en l'an 2000, alors que seulement 9 868 (79 %) de ces naissances ont eu lieu dans les centres hospitaliers montérégiens. Au tableau 1, la colonne « Total Montérégie » indique donc le total de chaque caractéristique étudiée pour les neuf centres hospitaliers de la région et non, pour le nombre total de naissances montérégiennes.

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers, Montérégie, 2001

	Hôpital Charles LeMoyne	Centre hospitalier Pierre-Boucher	Centre hospitalier Anna-Laberge	CH régional du Suroît	Hôpital Barrie-Memorial-Pinsonneault	Hôtel-Dieu de Sorel	Réseau santé Richelieu-Yamaska	Hôpital du Haut-Richelieu	Centre hospitalier de Granby	Total Montérégie
Nombre de lits - 2001										
Nombre total de lits[1]	439	352	225	219	74	153	285	287	135	2 169
Nombre de lits en natalité[2]	22	26	22	14	10	9	12	17	8	140
Aménagement physique de l'unité de maternité (en nombre de lits) 2001[3]										
Chambre de naissance	6	6	0	6	0	2	6	4	4	34
Chambre séjour unique	0	0	20	0	10	7	0	0	0	37
Chambres privées	6	6	0	12	0	0	6	7	5	42
Salles, chambres semi-privées	16	20	0	2	0	0	18	10	6	72
Total	28	32	20	20	10	9	30	21	15	185

	Hôpital Charles LeMoyne	Centre hospitalier Pierre-Boucher	Centre hospitalier Anna-Laberge	CH régional du Suroît	Hôpital Barrie-Memorial-Powers	Hôtel-Dieu de Sorel	Réseau santé Richelieu-Yamaska	Hôpital du Haut-Richelieu	Centre hospitalier de Granby	Total Montérégie
Accouchements 2000[4]										
Accouchement totaux	1 525	2 441	1 368	773	520	354	1 105	1 094	686	9 868
Accouchements par césarienne 2000-2001[1]										
% de césariennes	20	12	15	24	15	21	19	17	18	17
Durée moyenne de séjour des accouchements 2000-2001 (en jours)[2]										
Par voie vaginale	2,6	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,8	2,2	2,4
Par césarienne	4,2	4,0	4,2	4,1	3,6	3,9	4,0	4,3	4,3	4,1
Anesthésies péridurales 2000-2001 (en % des accouchements par voie vaginale)[3]										
% des péridurales	72,4	66,8	49,4	76,8	46,5	48,1	45,5	36,5	35,2	56,1
Anesthésies générales 2000-2001 (en % des césariennes)[3]										
% d'anesthésies générales	2,3	1,6	1,8	0.9	1,3	3,6	3,7	2,7	4,1	2,3
Initiation de l'allaitement total 1999[6]										
En % des mères (n=632)	75	81	81	76	89	63	74	74	81	79
Initiation de l'allaitement exclusif 1999[6]										
En % des mères (n=632)	51	75	75	69	86	56	71	60	78	70
Bébés de petit poids à la naissance 1999[5]										
En % des naissances	5,2	3,7	4,1	5,9	4,6	4,0	4,1	4,4	5,9	4,8

[1] Lits dressés de courte durée, soins de santé physique et soins psychiatriques, au 31 mars 2001, d'après les rapports statistiques annuels des hôpitaux AS471.
[2] Lits dressés dans le centre de soins-natalité, mères seulement, excluant les salles de travail et d'accouchement au 31 mars 2001, d'après les rapports statistiques annuels des hôpitaux AS471.
[3] Selon les données recueillies auprès des responsables locales en allaitement ou des infirmières-chefs de chaque hôpital, 2001.
[4] Selon Leduc, F., Naissances et mortalité infantile en Montérégie et au Québec, 1989-2000, Informations pertinentes pour la planification et l'intervention, Direction de santé publique de la Montérégie, 2003.
[5] Selon le Fichier MED-ÉCHO (données sur les hospitalisations).
[6] Selon l'étude sur la prévalence de l'allaitement maternel en Montérégie – 1999-2000 (n=632). Pourcentage des mères qui initient l'allaitement total et exclusif dans les premières 24 heures de vie du nourrisson (Haiek et autres, 2003).

5.1.2 Perspective des intervenants

L'échantillon de 96 professionnels de la santé était composé à 9 % d'infirmières-chefs, 76 % d'infirmières, 2 % de puéricultrices et 13 % de médecins. Parmi cet échantillon, 38 % faisaient partie du quart de travail de jour, 27 % du quart de soir, 16 % du quart de nuit et 19 % faisaient la rotation sur tous les quarts de travail. Finalement, 58 % du personnel interviewé avait une expérience de 10 ans et plus sur l'unité de maternité. Seulement 7 % avait moins d'un an d'expérience, 20 % avait de 1 à 4 ans et 15 % avait de 5 à 9 ans d'expérience.

5. Résultats

5.1 Caractéristiques des centres hospitaliers et des participants

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers de la Montérégie

Le tableau suivant montre les caractéristiques sociodémographiques de chacun des hôpitaux de la Montérégie. Il faut toutefois noter que les naissances dans les hôpitaux montérégiens ne représentent pas la totalité des naissances chez les femmes résidant en Montérégie. Par exemple, selon les informations recueillies dans les fichiers des naissances (formulaire SP-1), il y a eu 12 451 naissances parmi les femmes résidant sur le territoire de la Montérégie en l'an 2000, alors que seulement 9 868 (79 %) de ces naissances ont eu lieu dans les centres hospitaliers montérégiens. Au tableau 1, la colonne « Total Montérégie » indique donc le total de chaque caractéristique étudiée pour les neuf centres hospitaliers de la région et non, pour le nombre total de naissances montérégiennes.

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques des centres hospitaliers, Montérégie, 2001

	Hôpital Charles LeMoyne	Centre hospitalier Pierre-Boucher	Centre hospitalier Anna-Laberge	CH régional du Suroît	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	Hôtel-Dieu de Sorel	Réseau santé Richelieu-Yamaska	Hôpital du Haut-Richelieu	Centre hospitalier de Granby	Total Montérégie
Nombre de lits - 2001										
Nombre total de lits[1]	439	352	225	219	74	153	285	287	135	2 169
Nombre de lits en natalité[2]	22	26	22	14	10	9	12	17	8	140
Aménagement physique de l'unité de maternité (en nombre de lits) 2001[3]										
Chambre de naissance	6	6	0	6	0	2	6	4	4	34
Chambre séjour unique	0	0	20	0	10	7	0	0	0	37
Chambres privées	6	6	0	12	0	0	6	7	5	42
Salles, chambres semi-privées	16	20	0	2	0	0	18	10	6	72
Total	28	32	20	20	10	9	30	21	15	185

	Hôpital Charles LeMoyne	Centre hospitalier Pierre-Boucher	Centre hospitalier Anna-Laberge	CH régional du Suroît	Hôpital Barrie-Memorial-Pearsons	Hôtel-Dieu de Sorel	Réseau santé Richelieu-Yamaska	Hôpital du Haut-Richelieu	Centre hospitalier de Granby	Total Montérégie
Accouchements 2000[4]										
Accouchement totaux	1 525	2 441	1 368	773	520	354	1 105	1 094	686	9 868
Accouchements par césarienne 2000-2001[5]										
% de césariennes	20	12	15	24	15	21	19	17	18	17
Durée moyenne de séjour des accouchements 2000-2001 (en jours)[5]										
Par voie vaginale	2,6	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,8	2,2	2,4
Par césarienne	4,2	4,0	4,2	4,1	3,6	3,9	4,0	4,3	4,3	4,1
Anesthésies péridurales 2000-2001 (en % des accouchements par voie vaginale)[5]										
% des péridurales	72,4	66,8	49,4	76,8	46,5	48,1	45,5	36,5	35,2	56,1
Anesthésies générales 2000-2001 (en % des césariennes)[5]										
% d'anesthésies générales	2,3	1,6	1,8	0.9	1,3	3,6	3,7	2,7	4,1	2,3
Initiation de l'allaitement total 1999[6]										
En % des mères (n=632)	75	81	81	76	89	63	74	74	81	79
Initiation de l'allaitement exclusif 1999[6]										
En % des mères (n=632)	51	75	75	69	86	56	71	60	78	70
Bébés de petit poids à la naissance 1999[5]										
En % des naissances	5,2	3,7	4,1	5,9	4,6	4,0	4,1	4,4	5,9	4,8

[1] Lits dressés de courte durée, soins de santé physique et soins psychiatriques, au 31 mars 2001, d'après les rapports statistiques annuels des hôpitaux AS471.
[2] Lits dressés dans le centre de soins-natalité, mères seulement, excluant les salles de travail et d'accouchement au 31 mars 2001, d'après les rapports statistiques annuels des hôpitaux AS471.
[3] Selon les données recueillies auprès des responsables locales en allaitement ou des infirmières-chefs de chaque hôpital, 2001.
[4] Selon Leduc, F., Naissances et mortalité infantile en Montérégie et au Québec, 1989-2000, Informations pertinentes pour la planification et l'intervention, Direction de santé publique de la Montérégie, 2003.
[5] Selon le Fichier MED-ÉCHO (données sur les hospitalisations).
[6] Selon l'étude sur la prévalence de l'allaitement maternel en Montérégie – 1999-2000 (n=632). Pourcentage des mères qui initient l'allaitement total et exclusif dans les premières 24 heures de vie du nourrisson (Haiek et autres, 2003).

5.1.2 Perspective des intervenants

L'échantillon de 96 professionnels de la santé était composé à 9 % d'infirmières-chefs, 76 % d'infirmières, 2 % de puéricultrices et 13 % de médecins. Parmi cet échantillon, 38 % faisaient partie du quart de travail de jour, 27 % du quart de soir, 16 % du quart de nuit et 19 % faisaient la rotation sur tous les quarts de travail. Finalement, 58 % du personnel interviewé avait une expérience de 10 ans et plus sur l'unité de maternité. Seulement 7 % avait moins d'un an d'expérience, 20 % avait de 1 à 4 ans et 15 % avait de 5 à 9 ans d'expérience.

TABLEAU 2

Caractéristiques des intervenants, Montérégie, 2001

	N	%
TOTAL	**96**	**100**
FONCTIONS À L'HÔPITAL		
Infirmière-chef	9	9
Infirmière	73	76
Puéricultrice	2	2
Médecin	12	13
QUART DE TRAVAIL HABITUEL		
Jour	36	38
Soir	26	27
Nuit	15	16
Tous	18	19
EXPÉRIENCE DANS LA MATERNITÉ		
Moins d'un an	7	7
1-4 ans	19	20
5-9 ans	14	15
10 ans et plus	55	58

5.1.3 Perspective des mères

Parmi les 135 mères échantillonnées, 60 % avaient moins de 30 ans, 36 % étaient mariées, 92 % vivaient en couple et 38 % étaient primipares. Quinze pour cent des mères n'avaient pas complété leur secondaire au moment de l'accouchement, alors que 20 % avaient un diplôme collégial et 24 % un diplôme universitaire. La presque totalité des mères était d'origine canadienne et rapportait que le français était la langue la plus souvent parlée à la maison. Les mères échantillonnées ont été contactées de 3 à 12 jours après l'accouchement.

TABLEAU 3

Caractéristiques des mères interviewées, Montérégie, 2001

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	N	%
TOTAL	135	100
ÂGE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT		
Moins de 30 ans	81	60
30 ans et plus	54	40
ÉTAT CIVIL		
Mariée	48	36
Autre	87	64
STATUT SOCIAL		
Vivant en couple	124	92
Autre	11	8
NIVEAU DE SCOLARITÉ À L'ACCOUCHEMENT		
Secondaire non complet	20	15
Diplôme secondaire	55	41
Diplôme collégial	28	20
Diplôme universitaire	32	24
LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON		
Français	130	96
Autre	5	4
PAYS D'ORIGINE		
Canada	132	98
Autre	3	2
CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES	**N**	**%**
TOTAL	135	100
POIDS DU BÉBÉ À LA NAISSANCE		
Moins de 2 000 g	2	2
2 000 – 2 499 g	3	2
2 500 – 3 900 g	116	86
4 000 g et plus	14	10
Moyenne	3 400 g	
DURÉE DE GESTATION		
Moins de 37 semaines	7	5
37 semaines et plus	128	95
Moyenne	38,9 semaines	
TYPE D'ACCOUCHEMENT		
Par voie vaginale	90	67
Par césarienne	45	33

CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES	N	%
TOTAL	135	100
DURÉE DU SÉJOUR À L'HÔPITAL		
48 heures et moins	60	44
49 à 95 heures	36	27
96 heures et plus	39	29
Moyenne	67,6 heures	
NOMBRE D'ENFANTS DE LA MÈRE		
Un	51	38
Deux	59	44
Trois ou plus	25	18
TAUX D'ALLAITEMENT TOTAL		
Premières 24 heures[1]	103	76
Sortie de l'hôpital[2]	94	70
TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF		
Sortie de l'hôpital[3]	70	52

[1] Pourcentage des mères qui pratiquent l'allaitement total dans les premières 24 heures de vie du nourrisson (taux non représentatifs de la Montérégie).
[2] Pourcentage des mères qui pratiquent l'allaitement total à la sortie de l'hôpital (taux non représentatifs de la Montérégie).
[3] Pourcentage des mères qui pratiquent l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital et ce, depuis la naissance (taux non représentatifs de la Montérégie).

5.1.4 Perspective de l'observateur externe

Un total de 91 bébés ont été observés sur une période de 16 heures dans les 9 centres hospitaliers visités (entre 5 et 16 bébés par hôpital).

5.2 Niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés en Montérégie

5.2.1 Distribution des indicateurs des Dix conditions et du Code

Cette section présente la distribution des indicateurs des *Dix Conditions* et du *Code* dans l'ensemble de la Montérégie en décrivant leur présence ou absence. Pour chacune des perspectives, un indicateur est considéré présent si la réponse donnée par l'intervenant ou la mère ou encore si l'observation enregistrée par l'observateur sont conformes aux pratiques préconisées par l'IHAB.

Aussi, pour mieux interpréter les résultats de certaines conditions, il est pertinent de prendre note que 105 mères sur 135 (78 %) ont tenté d'allaiter à la naissance (81 % ayant accouché par voie vaginale et 71 % ayant accouché par césarienne) et que 2 bébés étaient d'un poids inférieur à 2 000 grammes.

Condition 1 – Adopter une politique d'allaitement

Deux centres hospitaliers sur 9 possèdent une politique écrite d'allaitement maternel. Pour la condition 1, seuls les répondants faisant partie de ces deux centres hospitaliers ont été retenus lors de l'analyse.

Pour ces 2 hôpitaux, 95 % des intervenants rapportent qu'il y a une politique à l'hôpital, 95 % d'entre eux rapportent qu'ils l'ont vue et 58 % de ceux l'ayant vu peuvent énumérer au moins deux éléments contenus dans la politique. Pour leur part, 60 % des mères de ces deux hôpitaux rapportent qu'il y a une politique à l'hôpital où elles ont accouché.

Par contre, bien que les deux politiques comprennent les *Dix conditions*, un seul des deux hôpitaux affiche cette politique de manière visible dans les langues les plus couramment comprises par les clientes et par le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons.

TABLEAU 4

Distribution des indicateurs de la Condition 1, Montérégie, 2001

Condition 1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant				
Perspective des intervenants[1]				**Total des indicateurs : 3**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant rapporte qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	**N**	20	1[2]	21
	%	95	5	100
L'intervenant ayant rapporté qu'il y a une politique d'allaitement au centre hospitalier, dit l'avoir vue.	**N**	19	1	20
	%	95	5	100
L'intervenant ayant vu la politique d'allaitement, énumère au moins 2 éléments contenus dans cette politique.	**N**	11	8	19
	%	58	42	100
Perspective des mères[1]				**Total des indicateurs : 1**
La mère sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	**N**	18	12[3]	30
	%	60	40	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 3**
Le centre hospitalier a une politique d'allaitement écrite.	**N**	2	7	9
	%	22	78	100
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique est affichée de manière visible, dans la ou les langue(s) les plus couramment comprises par les clientes et le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons.	**N**	1	1	2
	%	50	50	100
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique comprend les Dix conditions.	**N**	2	0	2
	%	100	0	100

[1] Seuls les répondants dont le centre hospitalier avait une politique d'allaitement (2 centres hospitaliers sur 9) ont été retenus pour cette perspective.
[2] Inclut un intervenant ayant répondu « ne sais pas ».
[3] Inclut six mères ayant répondu « ne sais pas ».

Condition 1 – Adopter une politique d'allaitement

Deux centres hospitaliers sur 9 possèdent une politique écrite d'allaitement maternel. Pour la condition 1, seuls les répondants faisant partie de ces deux centres hospitaliers ont été retenus lors de l'analyse.

Pour ces 2 hôpitaux, 95 % des intervenants rapportent qu'il y a une politique à l'hôpital, 95 % d'entre eux rapportent qu'ils l'ont vue et 58 % de ceux l'ayant vu peuvent énumérer au moins deux éléments contenus dans la politique. Pour leur part, 60 % des mères de ces deux hôpitaux rapportent qu'il y a une politique à l'hôpital où elles ont accouché.

Par contre, bien que les deux politiques comprennent les *Dix conditions*, un seul des deux hôpitaux affiche cette politique de manière visible dans les langues les plus couramment comprises par les clientes et par le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons.

TABLEAU 4

Distribution des indicateurs de la Condition 1, Montérégie, 2001

Condition 1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant				
Perspective des intervenants[1]				**Total des indicateurs : 3**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant rapporte qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	**N**	20	1[2]	21
	%	95	5	100
L'intervenant ayant rapporté qu'il y a une politique d'allaitement au centre hospitalier, dit l'avoir vue.	**N**	19	1	20
	%	95	5	100
L'intervenant ayant vu la politique d'allaitement, énumère au moins 2 éléments contenus dans cette politique.	**N**	11	8	19
	%	58	42	100
Perspective des mères[1]				**Total des indicateurs : 1**
La mère sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	**N**	18	12[3]	30
	%	60	40	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 3**
Le centre hospitalier a une politique d'allaitement écrite.	**N**	2	7	9
	%	22	78	100
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique est affichée de manière visible, dans la ou les langue(s) les plus couramment comprises par les clientes et le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons.	**N**	1	1	2
	%	50	50	100
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique comprend les Dix conditions.	**N**	2	0	2
	%	100	0	100

[1] Seuls les répondants dont le centre hospitalier avait une politique d'allaitement (2 centres hospitaliers sur 9) ont été retenus pour cette perspective.
[2] Inclut un intervenant ayant répondu « ne sais pas ».
[3] Inclut six mères ayant répondu « ne sais pas ».

Condition 2 – Formation du personnel

En Montérégie, 91 % des intervenants interviewés rapportent avoir eu une formation en allaitement maternel au cours des 3 dernières années. Alors que 60 % de ces intervenants rapportent avoir reçu 18 heures ou plus de formation, seulement 43 % rapportent avoir reçu de la formation théorique et clinique. Enfin, 99 % des intervenants ont répondu correctement à au moins 3 questions sur 5 sur les connaissances de base de l'allaitement maternel.

Quant à l'orientation de 1 heure pour les intervenants ayant commencé à travailler moins de 12 mois avant la visite, 71 % des 7 intervenants interviewés l'ont reçue.

TABLEAU 5

Distribution des indicateurs de la Condition 2, Montérégie, 2001

Condition 2 — Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 5

Indicateur		Présence		
		Oui	Non	Total
L'intervenant a reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des 3 dernières années.	N	87	9	96
	%	91	9	100
L'intervenant ayant reçu de la formation, a eu au moins 18 heures de formation au cours des 3 dernières années.	N	52	35	87
	%	60	40	100
L'intervenant ayant reçu de la formation, a eu de la formation théorique et clinique.	N	37	50	87
	%	43	57	100
L'intervenant ayant moins d'une année d'expérience, a reçu au moins 1 heure d'orientation sur l'allaitement au cours des 6 premiers mois suivant son entrée à l'unité de maternité.	N	5	2	7
	%	71	29	100
L'intervenant répond correctement à au moins 3 questions sur 5 sur les connaissances de base de l'allaitement maternel.	N	95	1	96
	%	99	1	100

Condition 3 – Information prénatale sur les avantages de l'allaitement et sur sa pratique

On note que 98 % des intervenants et 77 % des mères peuvent nommer 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 choix préétablis (mais non mentionnés). On peut aussi constater que 39 % des intervenants comparativement à 2 % des mères peuvent nommer 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 choix préétablis (mais non mentionnés).

En Montérégie, pendant la période prénatale, 50 % des mères rapportent avoir été informées des avantages de l'allaitement et seulement 23 % des mères rapportent avoir été informées

des facteurs qui aident au succès de l'allaitement par un intervenant de l'hôpital ou par de la documentation écrite remise par celui-ci.

TABLEAU 6

Distribution des indicateurs de la Condition 3, Montérégie, 2001

Condition 3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique (inclus si services prénataux présents à l'hôpital)				
Perspective des intervenants				**Total des indicateurs : 2**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère.	**N**	94	2	96
	%	98	2	100
L'intervenant nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	**N**	37	59	96
	%	39	61	100
Perspective des mères				**Total des indicateurs : 4**
La mère a reçu du centre hospitalier de l'information sur les avantages de l'allaitement.	**N**	67	68[1]	135
	%	50	50	100
La mère nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère.	**N**	104	31	135
	%	77	23	100
La mère a reçu du centre hospitalier de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement.	**N**	31	104[2]	135
	%	23	77	100
La mère nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	**N**	3	132	135
	%	2	98	100

[1] Inclut 2 mères ayant répondu « ne sais pas ».
[2] Inclut 1 mère ayant répondu « ne sais pas ».

Condition 4 – Contact précoce et initiation de l'allaitement

Il est à noter que la condition 4 est analysée de façon séparée pour les accouchements par voie vaginale et pour les accouchements par césarienne. Aussi, les réponses des intervenants ne travaillant pas auprès des mères au moment de l'accouchement et celles des mères ayant eu un bébé de poids inférieur à 2 000 grammes sont exclues de l'analyse.

D'abord, pour les accouchements par voie vaginale, 96 % des intervenants et 94 % des mères ayant accouché de cette façon rapportent que le bébé est mis en contact avec sa mère dans les 30 minutes suivant la naissance. Ensuite, 63 % des intervenants et 46 % des mères

rapportent que le bébé est laissé sur sa mère pour une période de trente minutes ou plus lors du premier contact.

Toujours dans les cas d'accouchements par voie vaginale, 100 % des intervenants rapportent qu'on encourage la mère et son bébé à allaiter dans les deux heures suivant l'accouchement et 76 % des 90 mères qui ont accouché de cette façon rapportent avoir été encouragées à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement. Il faut toutefois considérer que la question posée aux intervenantes pouvait sous-entendre qu'on faisait référence seulement aux mères qui voulaient tenter d'allaiter et que la question destinée aux mères a été posée à toutes les mères, incluant celles qui ont choisi de ne pas tenter d'allaiter.

Pour les mères ayant accouché par césarienne, le premier contact avec le bébé se réfère au moment à partir duquel les mères sont capables de réagir et non immédiatement après l'accouchement comme dans le cas d'un accouchement par voie vaginale. Pour ce qui est des accouchements, 43 % des intervenants et 60 % des 43 mères qui ont accouché de cette façon rapportent que le bébé est mis en contact avec sa mère dans les 30 minutes suivant le moment où elles ont pu réagir. Lors du premier contact, 72 % des intervenants et 60 % des mères rapportent que le bébé est laissé sur sa mère pour une période de trente minutes ou plus.

Toujours dans les cas d'accouchements par césarienne, 89 % des intervenants rapportent qu'on encourage la mère et son bébé à allaiter dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir, alors que seulement 58 % des 43 mères ayant accouché de cette façon rapportent avoir été encouragées à allaiter dans les 2 heures suivant le moment où elles ont été capables de réagir. Comme dans le cas des accouchements par voie vaginale, la question posée aux intervenantes pouvait sous-entendre qu'on faisait référence seulement aux mères qui voulaient tenter d'allaiter et que la question destinée aux mères a été posée à toutes les mères, incluant celles qui ont choisi de ne pas tenter d'allaiter.

Finalement, 63 % des intervenants décrivent un contact peau à peau entre la mère et son enfant selon la définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé). Chez les mères, 46 % décrivent avoir été mises en contact peau à peau avec leur bébé après l'accouchement selon la définition préétablie.

TABLEAU 7

Distribution des indicateurs de la Condition 4, Montérégie, 2001

Condition 4 : Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance

Indicateur		Présence		
		Oui	Non	Total[1]
Perspective des intervenants				**Total des indicateurs : 7**
L'intervenant rapporte que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).	N	57	33	90
	%	63	37	100
L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale.	N	82	3	85
	%	96	4	100
L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus suivant un accouchement par voie vaginale.	N	53	31	84
	%	63	37	100
L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.	N	88	0	88
	%	100	0	100
L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.	N	35	46	81
	%	43	57	100
L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.	N	57	22	79
	%	72	28	100
L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.	N	76	9	85
	%	89	11	100
Perspective des mères				**Total des indicateurs : 7**
La mère a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).	N	61	72	133
	%	46	54	100
La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement par voie vaginale.	N	85	5	90
	%	94	6	100
La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement par voie vaginale.	N	41	49	90
	%	46	54	100
La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.	N	68	22[3]	90
	%	76	24	100
La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	N	26	17	43
	%	60	40	100
La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	N	26	17[4]	43
	%	60	40	100

Condition 4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance				
Perspective de la mère (suite)				Total des indicateurs : 2
Indicateur	**Présence**			
		Oui	**Non**	**Total**
La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	**N**	25	18[5]	43
	%	58	42	100

[1] Les totaux diffèrent vu les réponses « ne s'applique pas » données par certains intervenants.
[2] Exclut 2 mères ayant eu un accouchement par césarienne dont les bébés pesaient moins de 2 000 g à la naissance.
[3] Inclut 17 mères n'ayant jamais tenté d'allaiter.
[4] Inclut 1 mère ayant répondu « ne sais pas ».
[5] Inclut 13 mères n'ayant jamais tenté d'allaiter.

Condition 5 – Enseignement sur l'amorce et le maintien de la lactation

D'abord, 99 % des intervenants rapportent offrir aux mères de l'aide pour allaiter dans les 6 heures suivant la naissance du bébé. Aussi, la plupart (79 %) des 135 mères rapportent qu'on leur a offert de l'aide pour allaiter dans les 6 heures suivant la naissance du bébé. D'autre part, seulement 23 % des intervenants sont capables d'énumérer les 4 principales étapes de la méthode d'expression du lait maternel selon la technique « Marmet », 32 % des intervenants rapportent faire l'enseignement de l'expression manuelle du lait et 36 % des mères rapportent avoir reçu cet enseignement.

D'autre part, 71 % des intervenants et 35 % des 105 mères ayant tenté d'allaiter peuvent identifier 3 éléments ou plus d'une bonne position d'un bébé au sein parmi 11 choix préétablis (mais non mentionnés). Au moins une intervention qui prévient les gerçures et les crevasses parmi 2 choix préétablis est identifiée par 64 % des intervenants et 34 % des mères ayant tenté d'allaiter. Lorsque des interventions non recommandées et possiblement nuisibles étaient mentionnées, la réponse a été considérée non conforme et l'indicateur absent.

On note que 33 % des intervenants et 6 % des mères ayant tenté d'allaiter peuvent identifier au moins 2 facteurs assurant une production suffisante de lait parmi les 6 choix préétablis. Finalement, 95 % des intervenants rapportent informer les mères qui ont dû être séparées de leur bébé pour une période prolongée, sur la façon d'amorcer et de maintenir leur production de lait, alors que parmi les 7 mères interviewées ayant eu à être séparées de leur bébé pour une période prolongée, 43 % rapportent avoir eu cette information.

TABLEAU 8

Distribution des indicateurs de la Condition 5, Montérégie, 2001

Condition 5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson				
Perspective des intervenants				Total des indicateurs : 7
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant offre à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.	N	95	1	96
	%	99	1	100
L'intervenant enseigne l'expression manuelle du lait aux mères.	N	31	65	96
	%	32	68	100
L'intervenant nomme les 4 principales étapes de l'expression manuelle selon la technique Marmet.	N	22	74	96
	%	23	77	100
L'intervenant nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.	N	68	28	96
	%	71	29	100
L'intervenant informe la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et la position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	N	32	64	96
	%	33	67	100
L'intervenant enseigne au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible.	N	61	35	96
	%	64	36	100
L'intervenant informe les mères sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans les cas où elles sont séparées de leur bébé pour une période prolongée.	N	91	5	96
	%	95	5	100
Perspective des mères				Total des indicateurs : 6
La mère a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.	N	106	29	135
	%	79	21	100
La mère a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.	N	49	86	135
	%	36	64	100
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.	N	37	68	105
	%	35	65	100
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et une position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	N	6	99	105
	%	6	94	100
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible.	N	36	69	105
	%	34	66	100
La mère ayant tenté d'allaiter, a été informée sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans le cas où elle a été séparée de son bébé pour une période prolongée.	N	3	4	7
	%	43	57	100

Condition 6 – Lait maternel sauf en présence d'indication médicale

Pour cette condition, deux raisons ont été considérées comme acceptables pour donner un substitut du lait maternel : le refus d'allaiter par les mères ayant décidé elles-mêmes de nourrir leur bébé avec des préparations commerciales pour nourrissons (« raison hors du contrôle de l'hôpital ») et les indications médicales acceptables pour administrer un substitut du lait maternel selon les *Règles mondiales* de l'IHAB. Aussi, si l'intervenant ou la mère mentionnait une raison autre que celles incluses dans les *Règles mondiales*, la réponse était considérée non conforme et l'indicateur absent.

D'abord, 16 % des intervenants montérégiens rapportent que tous les bébés allaités reçoivent seulement du lait maternel pendant leur séjour à l'hôpital, même pour leur première tétée ou que les bébés allaités reçoivent autre chose que du lait maternel pour une ou des raisons énumérées dans la liste des indications médicales acceptables selon les *Règles mondiales* de l'IHAB ou pour une raison hors du contrôle de l'hôpital (un refus d'allaiter de la part de la mère). De façon plus détaillée, 4 % rapportent que les nourrissons reçoivent seulement du lait maternel, 5 % rapportent que les nourrissons reçoivent autre chose pour des indications médicales acceptables et 7 % rapportent un refus d'allaiter de la part de la mère.

Quant aux mères, 80 % des 135 mères répondantes (en incluant celles n'ayant pas tenté d'allaiter) rapportent que leur bébé a reçu seulement du lait maternel pendant leur séjour à l'hôpital, même pour la première tétée ou que leur bébé a reçu autre chose que du lait maternel pour une ou des raisons incluses dans la liste des indications médicales acceptables selon les *Règles mondiales* de l'IHAB ou pour une raison hors du contrôle de l'hôpital (un refus d'allaiter). De façon plus détaillée, 51 % des mères rapportent que leur bébé a reçu seulement du lait maternel, 2 % rapportent que leur bébé a reçu autre chose pour des indications médicales acceptables et 27 % rapportent un refus d'allaiter de leur part.

Lors de l'observation d'une durée de 16 heures dans chacun des hôpitaux, la moyenne des résultats montre que 90 % des bébés observés ont reçu seulement du lait maternel ou l'administration d'autre chose que du lait maternel était justifiée par une indication médicale acceptable selon les *Règles mondiales* de l'IHAB ou une raison hors du contrôle de l'hôpital. De façon plus détaillée, selon la moyenne des résultats de chacun des hôpitaux, 71 % des bébés observés ont reçu seulement du lait maternel, 2 % ont reçu autre chose pour des indications médicales et 17 % ont reçu autre chose par refus d'allaiter de leur mère.

TABLEAU 9

Distribution des indicateurs de la Condition 6, Montérégie, 2001

Condition 6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale				
Perspective des intervenants				**Total des indicateurs : 1**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, l'intervenant mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.	N	15	79	94[1]
	%	16	84	100
Perspective des mères				**Total des indicateurs : 1**
La mère rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, elle mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.	N	108	27	135
	%	80	20	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 1**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'ont reçu que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) étaient présentes sans observer aucune autre raison.	%	90	10	100[2]

[1] Exclut les réponses « ne s'applique pas ».
[2] Le nombre de bébés n'étant pas le même d'un centre hospitalier à l'autre, la moyenne des pourcentages de chaque centre hospitalier a été retenue.

Condition 7 – Cohabitation 24 heures sur 24

Pour cette condition, l'analyse a été faite de façon séparée pour les accouchements par voie vaginale et les accouchements par césarienne. De plus, les bébés de moins de 2 000 grammes ont été exclus.

D'abord, 92 % des intervenants et 86 % des 90 mères ayant accouché par voie vaginale disent que les bébés ne sont pas du tout séparés de leur mère ou qu'ils sont séparés pour une période de pas plus d'une heure entre l'accouchement et le moment où la mère et le bébé arrivent dans la chambre. Par contre, 34 % des intervenants et 31 % des mères ayant accouché par voie vaginale disent que les bébés ne sont pas du tout séparés de leur mère ou qu'ils sont séparés pour une période de pas plus d'une heure à la fois durant le séjour à l'hôpital (c'est-à-dire à partir du moment où la mère et le bébé arrivent dans la chambre jusqu'à la sortie de l'hôpital).

Ensuite, 37 % des intervenants et 37 % des 43 mères ayant accouché par césarienne disent que les bébés ne sont pas du tout séparés de leur mère ou qu'ils sont séparés pour une période de pas plus d'une heure à la fois entre l'accouchement par césarienne et le moment où la mère et le bébé arrivent dans la chambre. Aussi, 24 % des intervenants et 14 % des mères ayant accouché par césarienne disent que les bébés ne sont pas du tout séparés de leur mère ou qu'ils sont séparés pour une période de pas plus d'une heure à la fois durant le séjour à l'hôpital (c'est-à-dire à partir du moment où la mère et le bébé arrivent dans la chambre jusqu'à la sortie de l'hôpital). Pour les mères qui ne pouvaient pas préciser la durée de la séparation, l'indicateur était considéré absent.

Lors des séparations, 7 % des intervenants et 19 % de toutes les mères interviewés rapportent que les bébés ne sont pas du tout séparés de leur mère ou qu'ils sont séparés de seulement pour recevoir des soins médicaux autres que ceux de l'admission.

Lors de l'observation directe sur une période de 16 heures, la moyenne des résultats de chacun des hôpitaux montre que 69 % des bébés observés à l'unité n'ont pas été séparés de leur mère ou n'ont pas été séparés que pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.

TABLEAU 10

Distribution des indicateurs de la Condition 7, Montérégie, 2001

Condition 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour				
Perspective des intervenants				Total des indicateurs : 5
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	N	88	8	96
	%	92	8	100
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	N	32	63	95[1]
	%	34	66	100
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	N	34	59	93[1]
	%	37	63	100
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	N	22	71	93[1]
	%	24	76	100
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	N	7	87	93[1]
	%	7	93	100

Condition 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour				
Perspective des mères[1]				**Total des indicateurs : 5**
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	**N**	77	13	90
	%	86	14	100
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	**N**	28	62	90
	%	31	69	100
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	**N**	16	27[3]	43
	%	37	63	100
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	**N**	6	37	43
	%	14	86	100
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	**N**	25	108	133
	%	19	81	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 1**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés nés à terme et en santé n'ont pas été séparés de leur mère ou ont été séparés seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	**%**	69	31	100[4]

[1] Exclut les réponses « ne s'applique pas ».
[2] Exclut 2 mères ayant eu un accouchement par césarienne dont les bébés pesaient moins de 2 000 g à la naissance.
[3] Inclut 2 mères ayant répondu « ne sais pas ».
[4] Le nombre de bébés n'étant pas le même d'un centre hospitalier à l'autre, la moyenne des pourcentages de chaque centre hospitalier a été retenue.

Condition 8 – Allaitement à la demande

D'abord, 97 % des intervenants rapportent une définition de l'allaitement à la demande selon le libellé « Aussitôt que le bébé le demande, sans restriction » et 68 % rapportent enseigner aux mères d'allaiter leur bébé « aussitôt qu'il le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures ». Quant aux mères, 91 % rapportent une définition de l'allaitement à la demande selon le libellé « Aussitôt que le bébé le demande, sans restriction », alors que seulement 35 % rapportent qu'un intervenant de l'hôpital leur a dit d'allaiter leur bébé « Aussitôt qu'il le demande », sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures ». Toutefois, la mention d'une période de 5-6 heures par les intervenants ou par les mères était considérée conforme.

Pour ce qui est de la durée de la tétée, 75 % des intervenants rapportent savoir que la durée des tétées ne doit pas être limitée et 74 % rapportent enseigner aux mères de « ne pas limiter la durée des tétées ». Pour leur part, 91 % des mères rapportent que la durée des tétées ne doit pas être limitée, mais seulement 38 % rapportent qu'un intervenant de l'hôpital leur a dit de ne pas limiter leur durée.

TABLEAU 11

Distribution des indicateurs de la Condition 8, Montérégie, 2001

Condition 8. Encourager l'allaitement à la demande de l'enfant				
Perspective des intervenants				Total des indicateurs : 4
Indicateur	**Présence**			
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).	N	93	3	96
	%	97	3	100
L'intervenant enseigne aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).	N	65	31	96
	%	68	32	100
L'intervenant rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.	N	72	24	96
	%	75	25	100
L'intervenant enseigne aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».	N	70	25	95[1]
	%	74	26	100
Perspective des mères				Total des indicateurs : 4
La mère ayant tenté d'allaiter, donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).	N	96	9	105
	%	91	9	100
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit d'allaiter son bébé « aussitôt qu'il le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).	N	37	68	105
	%	35	65	100
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.	N	96	9	105
	%	91	9	100
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».	N	40	65	105
	%	38	62	100

[1] Exclut les réponses « ne s'applique pas ».

Condition 9 – Utilisation de tétines artificielles

En ce qui concerne l'utilisation de biberons, 27 % des intervenants rapportent que 20 % ou moins des bébés reçoivent un ou des biberons pendant leur séjour à l'hôpital (ces données comprennent les bébés nourris avec des préparations commerciales dès la naissance). Par contre, 67 % des 135 mères (en incluant celles qui n'ont pas tenté d'allaiter) rapportent que leur bébé n'a pas reçu de biberon durant son séjour. Lors de l'observation directe sur une période de 16 heures, une moyenne de 69 % des 91 bébés observés (allaités ou non) n'étaient pas en présence (dans leur berceau ou près du lit de leur mère) ni n'utilisaient de biberon.

En ce qui concerne l'utilisation de suces, 32 % des intervenants ont rapporté que 20 % ou moins des bébés reçoivent une ou des suces durant leur séjour. Quant aux mères, 47 % rapportent que leur bébé n'a pas reçu de suce durant son séjour. Lors de l'observation directe sur un période de 16 heures, la moyenne des résultats de chacun des hôpitaux montre que 71 % des bébés observés n'étaient pas en présence (dans leur berceau ou près du lit de leur mère) ni n'utilisaient de suce.

TABLEAU 12

Distribution des indicateurs de la Condition 9, Montérégie, 2001

Condition 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle				
Perspective des intervenants				**Total des indicateurs : 2**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent un ou des biberons.	**N**	25	68	93[1]
	%	27	73	100
L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent une ou des suces.	**N**	29	61	90[1]
	%	32	68	100
Perspective des mères				**Total des indicateurs : 2**
La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier.	**N**	90	45	135
	%	67	33	100
La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de suce pendant son séjour au centre hospitalier.	**N**	63	72	135
	%	47	53	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 2**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de biberon.	**%**	69	31	100[2]
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de suce.	**%**	71	29	100[2]

[1] Exclut les réponses « ne s'applique pas ».
[2] Le nombre de bébés n'étant pas le même d'un centre hospitalier à l'autre, la moyenne des pourcentages de chaque centre hospitalier a été retenue.

Condition 10 – Soutien à la sortie de l'hôpital

D'une part, 79 % des intervenants connaissent le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier, 52 % connaissent le mécanisme de référence au CLSC et 46 % sont capables de nommer tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur leur territoire.

D'autre part, 81 % des mères rapportent avoir été informées ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent. Ensuite, 79 % des mères disent connaître les organismes offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent, alors que 50 % d'entre elles sont capables d'en nommer au moins un. Finalement, 78 % des mères rapportent avoir été informées ou avoir reçu de la documentation écrite par le centre hospitalier sur les services postnatals disponibles en CLSC.

Finalement, la consultation de la documentation remise aux mères montre que 89 % des hôpitaux remettent une liste exhaustive des organismes communautaires et des ressources offrant du soutien en allaitement à l'intérieur du territoire.

TABLEAU 13

Distribution des indicateurs de la Condition 10, Montérégie, 2001

Condition 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique				
Perspective des intervenants				**Total des indicateurs : 3**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
L'intervenant connaît le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier.	**N**	76	20	96
	%	79	21	100
L'intervenant connaît le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier.	**N**	50	46	96
	%	52	48	100
L'intervenant nomme tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.	**N**	43	51	94[1]
	%	46	54	100
Perspective des mères				**Total des indicateurs : 4**
La mère rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite par le centre hospitalier sur les services postnatals disponibles en CLSC.	**N**	105	30	135
	%	78	22	100
La mère rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	**N**	110	25	135
	%	81	19	100
La mère dit connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	**N**	107	28	135
	%	79	21	100
La mère disant connaître les organismes communautaires nomme au moins un organisme communautaire offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	**N**	53	54	107
	%	50	50	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 1**
La documentation remise aux mères comprend une liste exhaustive des organismes communautaires et des ressources offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.	**N**	8	1	9
	%	89	11	100

[1] Exclut les réponses « ne s'applique pas ».

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

D'abord, six infirmières-chefs sur neuf rapportent que leur centre hospitalier ne fait pas la distribution gratuite d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons (pour usage à la maison). Un seul centre hospitalier ne reçoit pas d'approvisionnement gratuit de préparations commerciales pour nourrissons.

Ensuite, bien que les politiques des deux hôpitaux qui en possèdent une interdisent la promotion de tétines artificielles et de préparations commerciales pour nourrissons, aucune interdit l'enseignement de groupe sur les préparations commerciales pour nourrissons.

D'autre part, dans six des neuf hôpitaux, certains dépliants informatifs remis par les centres hospitaliers font mention de préparations commerciales pour nourrissons, de biberons et de suces ou contiennent des publicités sur ces thèmes.

De plus, aucun article promotionnel (crayons, galons à mesurer, etc.) provenant des fabriquants de préparations commerciales pour nourrissons n'était présent dans les unités de maternité, mais des affiches provenant de ces fabricants se retrouvaient dans six des neuf hôpitaux.

Finalement, aucun paquet-cadeau remis aux mères ne contenait de préparations commerciales pour nourrissons.

TABLEAU 14

Distribution des indicateurs du Code, Montérégie, 2001

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel				
Perspective de l'infirmière-chef				**Total des indicateurs : 2**
Indicateur		**Présence**		
		Oui	**Non**	**Total**
Le centre hospitalier ne reçoit pas d'approvisionnement gratuit de préparations commerciales pour nourrissons.	N	1	8	9
	%	11	89	100
Le centre hospitalier ne fournit pas de préparations commerciales gratuites (pour usage à la maison).	N	6	3	9
	%	67	33	100
Perspective de l'observateur				**Total des indicateurs : 6**
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique interdit l'enseignement de groupe sur la préparation des biberons.	N	0	2	2
	%	0	100	100
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique interdit la publicité et les affiches faisant la promotion de tétines artificielles et de préparations commerciales pour nourrissons.	N	2	0	2
	%	100	0	100
Les mères ne reçoivent ni documentation ni publicité sur les tétines artificielles et sur les préparations commerciales pour nourrissons.	N	3	6	9
	%	33	67	100
À l'unité de maternité (incluant la pouponnière), il n'y a aucune forme de promotion (affiches) des tétines artificielles et des préparations commerciales pour nourrissons.	N	3	6	9
	%	33	67	100

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Respect du bon sens (suite) — Total des indicateurs : 6

Indicateur		Présence		
		Oui	Non	Total
À l'unité de maternité (incluant la pouponnière), il n'y a aucun article promotionnel (crayons, galons à mesurer, etc.) provenant des fabricants de préparations commerciales pour nourrissons.	N	9	0	9
	%	100	0	100
Les paquets-cadeaux ne contiennent pas d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.	N	9	0	9
	%	100	0	100

5.2.2 Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code

Cette section présente les résultats du niveau d'implantation de l'IHAB en Montérégie. Tel qu'expliqué précédemment, le niveau d'implantation de l'IHAB a été déterminé en examinant la distribution, présentée dans la section 5.2.1, des indicateurs définis pour chacune des *Dix conditions* et pour certains éléments du *Code*. Pour considérer l'indicateur complètement implanté, le pourcentage de présence (voir deuxième colonne de gauche à l'annexe 3) devait atteindre une valeur égale ou supérieure au seuil fixé (voir première colonne de gauche à l'annexe 3). Le tableau 15 montre le nombre et le pourcentage des indicateurs complètement implantés pour chacune des *Dix conditions* et pour le *Code* et la figure 1 présente une représentation graphique des mêmes résultats.

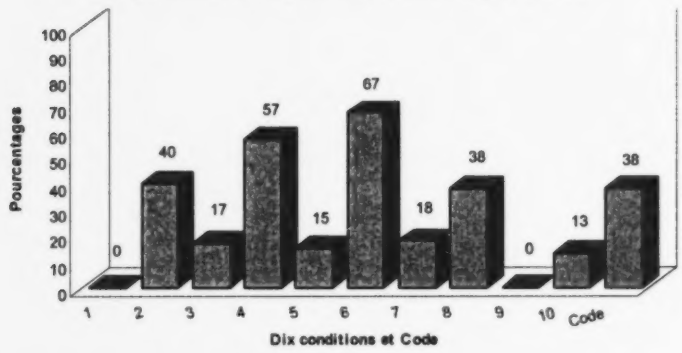
TABLEAU 15

Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code, Montérégie, 2001

Dix conditions et Code	Nombre total des indicateurs	Indicateurs complètement implantés	
		N	%
Condition 1 - Politique d'allaitement	7	0	0
Condition 2 - Formation du personnel	5	2	40
Condition 3 - Information prénatale	6	1	17
Condition 4 - Contact précoce	14	8	57
Condition 5 - Enseignement postnatal	13	2	15
Condition 6 - Lait maternel seulement	3	2	67
Condition 7 - Cohabitation 24 hres sur 24	11	2	18
Condition 8 - Allaitement à la demande	8	3	38
Condition 9 - Utilisation des tétines artificielles	6	0	0
Condition 10 - Soutien à la sortie de l'hôpital	8	1	13
Code	8	83	38
TOTAL	**89**	**24**	**27**

FIGURE 1

Pourcentage des indicateurs complètement implantés, Montérégie, 2001



Pour cette analyse, le même poids a été attribué à tous les indicateurs. Par exemple, la contribution de chaque perspective pour mesurer le niveau d'implantation varie selon le nombre d'indicateurs qu'elle contient, mais aucune pondération n'a été faite. Pour certaines conditions, deux ou trois indicateurs ont été utilisés pour « décortiquer » un même phénomène (contact précoce, cohabitation). Dans d'autres cas, un ou des indicateurs étaient utilisés seulement pour vérifier la véracité d'un autre (connaissance de la politique, des groupes d'entraide). Dans ces cas, si un d'entre eux n'est pas implanté, il est probable que ceux y étant reliés ne le soient pas non plus résultant en l'absence de plusieurs indicateurs qui se traduit en un bas niveau d'implantation de la condition.

De plus, le respect de chacune des *Dix conditions* et du *Code* a été déterminé en vérifiant si tous les indicateurs définis pour ceux-ci ont été complètement implantés. D'après les résultats obtenus, ni les *Dix conditions* ni le *Code* n'ont été totalement respectés en Montérégie, c'est-à-dire qu'aucune des *Dix conditions* ni le *Code* ne présentent l'implantation complète de TOUS les indicateurs selon les seuils définis.

5.3 Comparaison des perspectives

L'annexe 4 montre la comparaison des perspectives pour les questions portant sur les connaissances, les pratiques et l'enseignement.

5.3.1 Questions portant sur les connaissances

Cinq questions de connaissances en matière d'allaitement ont été posées de façon similaire aux intervenants et aux mères. Pour trois de ces questions, les intervenants montrent davantage de connaissances que les mères. Les écarts sont particulièrement élevés en ce qui concerne la connaissance sur les facteurs de succès de l'allaitement (37 %) et sur les éléments d'une bonne position du bébé au sein (36 %) et un peu moins élevés au niveau des connaissances sur les avantages de l'allaitement (21 %). En contrepartie, les mères ayant tenté d'allaiter sont plus nombreuses que les intervenants à savoir que la durée des tétées ne

doit pas être limitée (écart de 16 %). Presque aucune différence n'est présente entre les intervenants et les mères quant à la connaissance de la définition de l'allaitement à la demande (écart de seulement 6 %).

5.3.2 Questions portant sur les pratiques hospitalières

Plusieurs questions sur les pratiques hospitalières en matière d'allaitement ont été posées de façon presque identique aux intervenants et aux mères. Pour deux questions, il est aussi possible de comparer la perspective de l'observateur.

Pour ce qui est des pratiques sur le contact précoce, le plus grand écart entre les perspectives est noté dans l'encouragement à allaiter pour la première fois dans le cas d'un accouchement par voie vaginale (24 %) et d'un accouchement par césarienne (31 %) (il faut toutefois considérer que la question destinée aux mères a été posée à toutes les mères, incluant celles qui ont choisi de ne pas tenter d'allaiter, tandis que la question posée aux intervenantes pouvait sous-entendre qu'on faisait référence seulement aux mères qui voulaient tenter d'allaiter). D'autre part, les mères et l'observateur rapportent beaucoup plus souvent que les intervenants, que les bébés allaités reçoivent seulement du lait maternel ou reçoivent des suppléments pour des raisons médicales acceptables ou parce que la mère refuse d'allaiter. La plupart des indicateurs concernant la cohabitation ne montrent pas de divergence significative quand on compare les réponses des intervenants à celles des mères. Par contre, on note un grand écart entre la perspective de l'observateur et celle des intervenants (62 %) et entre la perspective de l'observateur et celle des mères (50 %) pour la raison de la séparation entre la mère et son bébé. Dans les deux cas, l'observateur rapporte plus souvent le fait de recevoir des soins médicaux autres que l'admission comme raison de séparation. Enfin, l'utilisation de tétines artificielles suscite un désaccord entre les perspectives de la mère et de l'observateur seulement à l'égard de la suce.

5.3.3 Questions portant sur l'enseignement

Les six questions qui s'intéressent à l'enseignement aux mères fait par les intervenants portent sur l'aide pratique à l'allaitement (condition 5) ainsi que sur l'allaitement à la demande (condition 8). Pour cinq de ces questions, des écarts importants entre les intervenants et les mères sont notés : les intervenants affirment avoir offert de l'aide à la mère dans les premières six heures (20 %) ainsi qu'avoir informé la mère sur la façon d'assurer une production suffisante de lait (27 %), la prévention des gerçures et des crevasses (30 %), l'allaitement à la demande (33 %) et la durée des tétées (36 %) bien plus souvent que les mères ne reconnaissent avoir reçu cet enseignement. La grande différence au niveau de l'enseignement (donné ou reçu) sur l'allaitement à la demande et la durée des tétées vient du fait que les mères rapportent avoir reçu de l'information qui s'avère non conforme alors que les intervenants rapportent avoir donné de bonnes informations. Elle provient aussi du fait que plusieurs mères disent ne pas avoir reçu d'information à ce sujet. Enfin, il n'y a pas de différence entre les intervenants et les mères pour l'enseignement de l'expression manuelle du lait (4 %).

5.4 Variations des indicateurs selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères

Cette section présente les variations dans la distribution des indicateurs définis pour chacune des conditions selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères (annexe 5).

5.4.1 Variation des indicateurs selon les caractéristiques des intervenants

En ce qui concerne les intervenants, deux caractéristiques ont été étudiées : la profession et l'horaire de travail. Deux groupes ont été constitués pour explorer la variation des indicateurs selon la profession : d'une part, le personnel médical et d'autre part, le personnel infirmier comprenant les infirmières, les infirmières bachelières et les puéricultrices. Les infirmières-chefs ont été exclues de cette analyse étant donné leur fonction plutôt administrative. L'horaire de travail a été catégorisé en deux groupes, soit le groupe « jour » et le groupe « soir / nuit ». Les intervenants rapportant travailler dans tous les quarts de travail (19 %) ont été exclus de l'analyse, dont tous les médecins.

En général, il existe peu de différences dans l'implantation des indicateurs selon les caractéristiques étudiées. Toutefois, dans certaines analyses, le nombre d'intervenants était restreint, ce qui a pu affecter la validité des résultats. Parmi les différences retrouvées dans l'analyse par type de profession, les infirmières sont plus nombreuses que les médecins à rapporter qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier, à avoir reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des trois dernières années et de l'orientation (dans le cas de moins d'une année d'expérience), à nommer au moins trois indicateurs d'une bonne position du bébé au sein et à enseigner au moins une façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible. C'est seulement au niveau du contact précoce que les médecins (92 %) sont plus nombreux que les infirmières (56 %) à rapporter que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie.

Quant à l'horaire de travail, les intervenants travaillant de soir ou de nuit sont plus nombreux que ceux de jour à pouvoir énumérer au moins deux éléments contenus dans la politique d'allaitement, à avoir reçu de la formation à la fois théorique et clinique, à mettre les mères ayant accouché par césarienne en contact avec leur bébé dans les 30 premières minutes et à les encourager à allaiter ainsi qu'à connaître le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier. Le personnel de jour est plus nombreux que le personnel de soir et de nuit à pouvoir nommer au moins deux facteurs qui aident au succès de l'allaitement maternel et à rapporter que la durée des tétées ne doit pas être limitée.

5.4.2 Variation des indicateurs selon les caractéristiques des mères

Quant aux mères, la variation des indicateurs a été analysée pour six caractéristiques : le niveau de scolarité au moment de l'accouchement, l'âge de la mère au moment de l'accouchement, le type d'accouchement, la parité et le taux d'allaitement total et exclusif à la sortie de l'hôpital. Il est à noter qu'aucune analyse n'a été effectuée pour la condition 2 (formation des employés) puisque la perspective des mères y est absente.

Il existe, aussi dans le cas des mères, peu de différences dans la distribution des indicateurs selon les caractéristiques étudiées. Toutefois, dans certaines analyses, le nombre de mères était restreint, ce qui a pu affecter la validité des résultats. Par exemple, dans l'analyse concernant la scolarité, la catégorie sous-scolarisée comptait seulement vingt mères.

Les principales différences dans la distribution des indicateurs se retrouvent au niveau du type d'accouchement. En effet, les mères ayant eu un accouchement par voie vaginale sont plus nombreuses que celles ayant accouché par césarienne à avoir eu un contact précoce, à avoir été encouragées à allaiter et à ne pas avoir été séparées de leur bébé pour des périodes de plus d'une heure à la fois. D'autre part, les mères ayant eu une césarienne sont plus nombreuses que celles ayant eu un accouchement par voie vaginale, à savoir qu'on ne doit pas limiter la durée des tétées et à avoir reçu l'enseignement à cet égard.

En outre, les mères ayant terminé leurs études secondaires ou plus sont plus nombreuses que les mères n'ayant pas terminé leur secondaire à avoir eu un contact avec leur bébé d'une durée d'au moins trente minutes après l'accouchement, à avoir été encouragées à allaiter et à avoir reçu de l'aide pour allaiter dans les six premières heures suivant l'accouchement. Les primipares sont plus souvent informées sur les avantages de l'allaitement que les multipares. Les primipares ainsi que les mères de moins de 30 ans arrivent à nommer plus souvent que les multipares et les mères plus âgées, au moins deux avantages de l'allaitement tandis que ces dernières sont plus nombreuses à rapporter que leur bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, à mentionner une ou des indications médicales acceptables ou un refus de la mère d'allaiter.

En ce qui concerne la variation dans la distribution des indicateurs selon les taux d'allaitement, les mères qui allaitent à la sortie de l'hôpital sont plus nombreuses que les mères n'allaitant pas à avoir reçu de l'information sur les avantages de l'allaitement, à pouvoir nommer au moins deux avantages de l'allaitement, à avoir été encouragées et aidées à allaiter, à avoir reçu l'enseignement de l'expression manuelle du lait, à ne pas utiliser de biberons ou de suces ainsi qu'à connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent. Elles sont aussi plus nombreuses à connaître au moins trois éléments d'une bonne position au sein, à donner la bonne définition de l'allaitement à la demande et à rapporter qu'on ne doit pas limiter la durée des tétées.

Finalement, les mères allaitant de façon exclusive à la sortie de l'hôpital sont plus nombreuses que les mères allaitant de façon non exclusive, à savoir qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier, à avoir été mises en contact avec leur bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement et à avoir été encouragées et aidées à allaiter, à ne pas avoir été séparées de leur bébé pour une période de plus d'une heure pendant le séjour à l'hôpital et à rapporter qu'elles étaient séparées de leur bébé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission. Évidemment, les bébés des mères pratiquant l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital et ce, depuis la naissance, n'ont reçu que du lait maternel durant leur séjour. Cependant, seulement 24 % des 25 bébés étant allaités de façon non exclusive, présentaient une indication médicale acceptable ou un refus d'allaiter de la part de leur mère pour expliquer pourquoi ils ont reçu autre chose que du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital. D'autre part, 80 % de ces dernières rapportent ne pas avoir utilisé de biberon au cours du séjour à l'hôpital, ce qui indique que d'autres moyens d'administration des compléments ont été utilisés.

6. Discussion

La présente étude décrit l'état de situation des hôpitaux accoucheurs montérégiens au regard de l'adoption des politiques et pratiques favorisant l'allaitement maternel définies dans les *Dix conditions* et le *Code*. Ces politiques et pratiques hospitalières ont démontré leur efficacité pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et le maintien de l'allaitement maternel. Leur adoption entraîne des bénéfices pour la santé des mères et de leur bébé. Leur intégration dans une initiative (l'IHAB) promue par l'OMS et l'UNICEF a aidé à ce que ces pratiques soient reconnues mondialement comme la norme à atteindre dans les soins promulgués aux mères et aux bébés.

Dans cette étude, des indicateurs mesurables, conceptualisés à partir des *Dix conditions* et du *Code*, ont été objectivés. Les résultats démontrent une distribution de ces indicateurs fortement variable en Montérégie et un niveau d'implantation partiel (contre complet) pour la plupart de ceux-ci. En fait, aucune des *Dix conditions* ni le *Code* n'obtiennent l'implantation complète de tous les indicateurs ayant été définis pour les mesurer. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par d'autres études ayant évalué le niveau d'implantation de l'IHAB et dans lesquelles aucune des *Dix conditions* n'était complètement remplie (Gökcay et autres, 1997; Kovach, 1997; Levitt et autres, 1996; Syler et autres, 1997).

6.1 Implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* dans les centres hospitaliers de la Montérégie

Lorsqu'on examine les conditions séparément, certaines semblent être mieux implantées en Montérégie. C'est le cas de la condition 2 (formation du personnel), de la condition 4 (contact précoce et initiation de l'allaitement), de la condition 6 (lait maternel sauf en présence d'indication médicale) et de la condition 8 (allaitement à la demande) qui ont une proportion plus élevée d'indicateurs atteignant le seuil fixé pour être considérés présents.

D'abord, l'implantation de la condition 2, soit la formation en matière d'allaitement maternel chez les intervenants montérégiens, progresse à un bon rythme. En 2001, après trois années d'implantation du programme, 60 % des intervenants ayant reçu de la formation sur l'allaitement ont reçu 18 heures et plus. Le fait qu'une formation théorique de 18 heures en matière d'allaitement maternel ait été conçue par l'équipe du programme régional et qu'elle soit régulièrement offerte sans frais à tous les intervenants de la Montérégie, est sûrement relié au succès de l'implantation de la condition 2. Par ailleurs, outre la formation régionale, la sensibilisation au besoin de mise à jour et de formation continue en matière d'allaitement a encouragé les intervenants à se prévaloir de différents autres types de formation. Malgré le succès connu, il existe encore des barrières importantes dans la formation pour libérer les intervenants, ainsi qu'une faible participation des médecins

œuvrant en périnatalité. De plus, cette condition demande aussi à ce que les intervenants reçoivent une formation clinique de trois heures et celle-ci n'est pas encore élaborée au niveau régional. Ce volet de la condition 2 est donc moins bien implanté.

Quant à la condition 4, reliée au contact précoce et à l'initiation de l'allaitement, la pratique de placer le bébé en contact avec sa mère précocement après la naissance paraît déjà avoir été adoptée par les établissements montérégiens. Cette pratique semble être une norme acceptée au Canada, puisque selon les représentants des hôpitaux participants à une enquête pancanadienne, presque 100 % des établissements mettent le bébé en contact avec sa mère immédiatement après la naissance (Levitt et autres, 1996). Par contre, plusieurs mères et intervenants montérégiens décrivent une durée du contact souvent inférieure à 30 minutes et un type de contact peau à peau différent de celui défini par les *Règles mondiales* de l'IHAB reflétant probablement un manque de connaissances des intervenants des répercussions bénéfiques de ce contact précoce et prolongé. Les observations provenant d'études suédoises démontrent clairement que, lorsque la mère et son nouveau-né sont placés et laissés en contact peau à peau, le bébé a un comportement qui aboutit à une mise au sein spontanée (Righard et Alade, 1990; Winberg, Uvnas-Moberg et Widstrom, 1988). Par ailleurs, ce contact précoce et prolongé semble aussi avoir des bienfaits physiologiques pour la mère et le bébé, qu'il soit allaité ou non (Bystrova et autres, 2003; Nissen et autres, 1996; Uvnas-Moberg et autres, 1987; Widstrom et autres, 1988; Widstrom et autres, 1990; Winberg, Uvans-Moberg et Widstrom, 1988). Les protocoles de soins doivent aborder le contact prolongé en plus du contact précoce et les professionnels de la santé doivent les respecter même dans le contexte d'engorgement des unités de maternité pouvant compromettre la durée du contact.

Aussi, bien que l'encouragement donné aux mères pour initier l'allaitement soit répandu, les résultats semblent indiquer qu'il serait seulement offert aux mères qui désirent tenter d'allaiter alors que l'IHAB précise qu'on doit offrir ce soutien à toutes les mères ayant accouché. D'autre part, même si les pratiques de la condition 4 sont près ou au-delà du seuil fixé de 50 % pour les accouchements par césarienne, elles sont moins bien adoptées que pour les accouchements par voie vaginale, ce qui est sûrement lié aux différents protocoles de soins et aux routines associés à ce type d'accouchement.

Selon les perspectives des mères et de l'observateur, la condition 6 reliée à l'utilisation des substituts de lait maternel seulement sur indication médicale, serait bien implantée en Montérégie. En fait, la grande dissimilitude notée entre ces deux perspectives et celle des intervenants pourrait être expliquée par une mauvaise compréhension de la part des intervenants d'une question trop générale : « Les bébés allaités reçoivent-ils autre chose que du lait maternel? » À cette question, à peine 4 % des intervenants ont répondu qu'ils ne donnent pas autre chose que du lait maternel durant le séjour à l'hôpital, ce qui constitue probablement une généralisation que ne représente pas la pratique habituelle. Cependant, lorsque questionnés sur les raisons pour lesquelles ils donnent autre chose, seulement 5 % des intervenants mentionnent uniquement des indications médicales acceptables pour administrer un substitut du lait maternel selon les *Règles mondiales* de l'IHAB. Quant aux mères et lors de l'observation, les résultats montrent un portrait plus positif. En effet, la plupart des bébés des mères questionnées et observées ont reçu seulement du lait maternel

ou, lorsqu'ils ont reçu autre chose, les mères mentionnent des indications médicales acceptables selon les *Règles mondiales* de l'IHAB ou un refus d'allaiter de leur part.

Des analyses supplémentaires réalisées seulement auprès des bébés des 105 mères ayant tenté d'allaiter, indiquent que 29 % de leur bébé ont reçu autre chose que du lait maternel lors du séjour à l'hôpital, ce qui se rapproche du 36 % documenté par une enquête ayant recueilli des données représentatives des mères résidant en Montérégie (Haiek et autres, 2003). Plusieurs études utilisant la perspective des mères illustrent que, chez les bébés allaités, l'introduction de biberons de préparations commerciales ou d'eau pendant le séjour à l'hôpital est plus répandue qu'en Montérégie et l'ampleur de cette pratique ne varie pas énormément en Amérique du Nord. Par exemple, des études canadiennes démontrent qu'entre 60 % et 68 % des mères montréalaises (Loiselle et autres, 2001), québécoises (Lepage et Moisan, 1998) et manitobaines (Martens et autres, 2000) disent que leur bébé a reçu autre chose que du lait maternel pendant son séjour à l'hôpital (biberon d'eau ou de préparations commerciales pour nourrissons). Une étude représentative des mères résidant dans la région de Québec (Lepage, Doré et Carignan, 2000) rapporte toutefois un niveau plus comparable (46 %) à celui retrouvé en Montérégie. Aux États-Unis, des données nationales (non représentatives) indiquent que 56 % des répondantes ayant initié l'allaitement rapportent que leur bébé a reçu des compléments d'eau ou de préparations commerciales pour nourrissons à l'hôpital (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001). Même dans un hôpital bostonien *Amis des bébés*, il est rapporté que durant l'année où la reconnaissance a été obtenue et en présence d'un taux d'allaitement total à l'hôpital de 87 %, presque 60 % des bébés allaités ont reçu des préparations commerciales (Philipp et autres, 2001).

Finalement, tout comme il a été documenté dans le cadre d'autres études (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001; Dodgson et autres, 1999; Levitt et autres, 1996; Martens et autres, 2000; Syler et autres, 1997), la condition 8 concernant l'allaitement à la demande est en grande partie bien implantée : les intervenants et les mères connaissent la notion d'allaiter à la demande et savent qu'il ne faut pas limiter la durée de la tétée. Il existe toutefois une divergence considérable entre ce que les intervenants disent enseigner aux mères et ce que les mères rapportent avoir reçu comme enseignement. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que même si les intervenants connaissent les bonnes pratiques, les routines habituelles du personnel soignant (bain du bébé, prise des signes vitaux, tenue de dossier, etc.) et l'organisation des soins par quarts de travail semblent constituer un obstacle à la mise en application, et donc à l'enseignement de ces pratiques aux mères.

Pour leur part, les conditions 1 (adopter une politique d'allaitement), 3 (enseignement prénatal), 5 (enseignement postnatal), 7 (cohabitation 24 heures sur 24) et 9 (utilisation de tétines artificielles) sont moins bien implantées en Montérégie. D'abord à la condition 1, seulement deux hôpitaux sur neuf avaient une politique écrite en matière d'allaitement en 2001. Par contre, ces deux politiques incluent les *Dix conditions*, contrairement à ce qui est démontré par l'étude manitobaine (Martens et autres, 2000) et l'étude pancanadienne (Levitt et autres, 1996), où seulement 50 % et 1,3 % respectivement des politiques en place sont basées sur les *Dix conditions*.

Ensuite, pour la condition 3 reliée à l'enseignement prénatal, presque tous les intervenants et les mères connaissent les avantages de l'allaitement maternel. Par contre, seulement 50 %

des mères disent avoir été informées de ces avantages par les intervenants de l'hôpital ou par des dépliants remis par ceux-ci. On peut expliquer ceci par le fait qu'en Montérégie les cours prénataux et les suivis de grossesse ne sont pas donnés par les centre hospitaliers, mais sont plutôt offerts par des professionnels de la santé ou bénévoles œuvrant dans la communauté. Par ailleurs, malgré cette bonne connaissance des avantages de l'allaitement maternel, il semble y avoir une déficience importante chez les intervenants, et, encore plus chez les mères, quant à la connaissance des facteurs qui assurent le succès de l'allaitement.

Ce manque de connaissances est aussi démontré par un indicateur défini pour la condition 5 sur l'enseignement postnatal mesurant les facteurs qui assurent une production suffisante de lait, facteurs pour la majorité similaires à ceux qui assurent le succès de l'allaitement. Cet indicateur a été faiblement implanté en Montérégie, où seulement 33 % des intervenants et 6 % des mères ont pu mentionner au moins deux facteurs préétablis. Une analyse supplémentaire démontre que le facteur assurant une bonne production de lait le plus connu des intervenants et des mères est l'allaitement à la demande (mentionné par 71 % des intervenants et 39 % des mères), tous les autres facteurs (la cohabitation, la prise du sein et la position adéquate, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de compléments, l'absence de tétines artificielles) ayant rarement été mentionnés (par 4 % à 13 % des intervenants et 0 % à 6 % des mères). Ce phénomène a aussi été documenté dans une étude montréalaise où un nombre élevé de mères disent n'avoir reçu qu'un minimum d'information sur la façon d'assurer une production suffisante de lait (Loiselle et autres, 2001). Pour susciter un changement de pratiques, il est primordial que les intervenants, tout comme les mères, puissent comprendre le lien entre l'adoption de ces pratiques et la réussite de l'allaitement tant pour sa durée que pour son exclusivité. Pour les mères, la connaissance de ce lien est importante afin de comprendre la philosophie des soins dispensés dans l'unité (c'est-à-dire, cohabitation 24 heures sur 24, compléments seulement sur indication médicale, etc.) et de pouvoir prendre une décision éclairée lorsqu'elles font face à des choix liés aux pratiques offertes à l'hôpital. De plus, en considérant qu'une perception d'insuffisance de lait est une des raisons courantes de cessation précoce de l'allaitement (Dennis, 2002; Loiselle et autres, 2001), il semble logique que les mères reçoivent l'information juste et nécessaire qui les assurera d'avoir une bonne production du lait.

Quant à la condition 7 sur la cohabitation 24 heures sur 24, il est encourageant de noter que les bébés montérégiens ne sont pas séparés de leur mère entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre. Cependant, une fois rendus à la chambre (en postnatal), les séparations de plus d'une heure sont fréquentes, indiquant qu'un cheminement est encore nécessaire pour que la cohabitation 24 heures sur 24 soit complètement implantée en Montérégie. Ce faible niveau d'implantation de la cohabitation (étant quelquefois définie comme « partielle ») est documenté dans plusieurs autres études où seulement 17 % à 57 % des mères auraient cohabité avec leur bébé (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001; Dodgson et autres, 1999; Lepage, Doré et Carignan, 2000; Loiselle et autres, 2001; Martens et autres, 2000; Syler et autres, 1997).

Une conception physique des lieux assurant l'intimité de la mère et de son conjoint (aménagement en chambres privées ou chambres uniques) est souvent nommée par les intervenants comme étant une condition nécessaire à l'adoption de la cohabitation 24 heures sur 24. Notamment, les chambres uniques, liées à l'expérience de l'accouchement, ont déjà

été associées à une amélioration de la satisfaction autant chez les mères que chez les infirmières (Jansen et autres, 2000; Jansen et autres, 2001). Mais une absence des conditions « idéales » ne doit pas empêcher l'adoption des pratiques recommandées. À ce sujet, l'étude visant les centres hospitaliers canadiens (Levitt et autres, 1996) fournit des données intéressantes : même si 89 % des répondants hospitaliers rapportent que tous les lits de leur établissement pouvaient servir pour la cohabitation, 65 % d'entre eux ont rapporté que, selon la politique en vigueur, les mères et les nouveau-nés restent ensemble de 19 à 24 heures par jour. Dans le cas des établissements montérégiens, on remarque que la cohabitation 24 heures sur 24 est peu implantée malgré la présence, au moment de l'étude, d'un aménagement en chambres privées ou uniques dans plusieurs centres hospitaliers, tel qu'indiqué au tableau 1.

De plus, l'existence d'une pouponnière ou sa dimension a reçu moins d'attention que l'aménagement des chambres. Mais, la pouponnière peut avoir un rôle important dans les efforts de virage vers la cohabitation complète : spacieuse et présentée comme étant une garderie, elle favoriserait les séparations prolongées entre la mère et son enfant tandis qu'absente ou de petite taille et ayant pour fonction les soins médicaux aux bébés, elle favoriserait l'implantation de la condition 7. Depuis l'année 2000, les directives de Santé Canada établissent clairement que la pouponnière devrait être petite, c'est-à-dire, avoir l'espace pour pouvoir recevoir un maximum de 25 % des bébés dans l'unité (Santé Canada, 2000).

Quant à la condition 9 sur l'utilisation de tétines artificielles, approximativement 70 % des bébés observés n'étaient pas en présence, ni n'utilisaient des biberons ou des suces. Toutefois, bien que les mères rapportent une utilisation de biberon comparable à celle observée, elles invoquent une utilisation de suce plus répandue que celle observée. Ces résultats se comparent favorablement à ceux d'autres études dans lesquelles 31 % à 54 % des bébés allaités n'utilisent pas, lors du séjour à l'hôpital, de suces (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001; Syler et autres, 1997) et des tétines artificielles (Lepage, Doré et Carignan, 2000). Comme il est souvent rapporté que les mères utilisent la suce peu importe la politique en place, il est intéressant de noter les résultats de l'étude manitobaine ayant mesuré spécifiquement la pratique professionnelle (et non les comportements des mères) : seulement 27 % des professionnels disent ne jamais donner de suce et 54 % des mères disent ne pas avoir reçu de suce de la part, du professionnel durant leur séjour à l'hôpital. La faible adhésion à cette condition peut refléter d'une part, le fait qu'il existe encore aujourd'hui une « culture du biberon » omniprésente tant chez les professionnels que chez les mères et, d'autre part, la controverse sur l'effet de l'utilisation des tétines artificielles sur la durée de l'allaitement où il n'est pas encore établi si l'utilisation des tétines est une cause directe d'un sevrage précoce ou si elle est plutôt un indicateur de difficultés d'allaitement ou d'un manque de motivation de la mère à continuer d'allaiter (Gauthier, Haiek et Rocheleau, 2002; Kramer et autres, 2001b).

À la condition 10, reliée au suivi postnatal dans la communauté, on remarque que les intervenants connaissent bien les mécanismes de référence de leur propre établissement mais pourraient avoir une plus grande connaissance des mécanismes de référence vers le CLSC ainsi que des noms d'organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans leur territoire. Toutefois, les mères semblent avoir été bien informées à l'hôpital (verbale-

ment par les intervenants ou par un document écrit remis aux mères) sur les services offerts par les CLSC et les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans leur territoire.

Certains points positifs sont constatés par rapport au respect du *Code* dans les unités de maternité montérégienne. D'abord, aucun article promotionnel (crayons, galons à mesurer, etc.) n'a été observé sur les unités de maternité et les paquets-cadeaux, lorsque distribués, ne contiennent aucun échantillon de préparations commerciales pour nourrissons. Comme l'achat de préparations commerciales est un des derniers changements à être entrepris avant de devenir *Amis des bébés* (Chalmers, 1998), il n'est pas surprenant de constater que seulement un hôpital faisait l'achat de préparations commerciales pour nourrissons. Aussi, six des neuf hôpitaux ne fournissent pas aux mères des préparations commerciales gratuites. Toutefois, les trois hôpitaux les ayant fournies auraient pu mal interpréter la question mesurant l'indicateur qui sous-entendait la distribution gratuite pour l'usage à la maison et non lors du séjour à l'hôpital. Par contre, on constate encore la présence de documentation destinée aux mères et de certaines formes de promotion faisant référence aux préparations commerciales pour nourrissons et aux tétines artificielles sur deux tiers des unités de maternité, probablement dû au fait qu'il existe peu de documentation libre d'intérêts commerciaux destinée aux mères.

6.2 Forces et limites

Une des forces de cette étude est l'utilisation de trois perspectives pour mesurer le niveau d'implantation de l'IHAB ce qui, à notre connaissance, n'a pas été fait dans d'autres études nord-américaines. Ceci a permis de constater qu'il existe, pour une condition donnée, des différences importantes entre les perspectives dans la distribution des indicateurs mesurant le même phénomène. En fait, l'utilisation d'une seule perspective ou source d'information peut entraîner d'importantes limites. Par exemple, les gestionnaires hospitaliers constituent une bonne source pour rapporter des informations sur les politiques établies à l'hôpital mais les études ayant compté seulement sur ces derniers s'appuient sur leur connaissance du sujet et l'exactitude des informations transmises peut varier d'une institution à l'autre (Dodgson et autres, 1999). Les entrevues avec des membres du personnel infirmier et médical sont utiles pour comprendre dans quelle mesure les professionnels respectent les politiques endossées par l'établissement (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001). Mais il est déjà reconnu que le personnel hospitalier ainsi que les gestionnaires sont plus portés à surestimer leur performance et celle de leur établissement (Levitt et autres, 1996). En conséquence, il est plus probable que leurs réponses soient en conformité avec les *Dix conditions* et le *Code* puisqu'ils proposent des normes de pratique optimales (biais de désirabilité sociale). Il s'agit d'un problème inhérent à la nature de l'autodéclaration de ces sources d'information (Dodgson et autres, 1999).

Ces sources d'erreur semblent se confirmer quand on tient compte des résultats selon la perspective de l'observateur. Selon cette dernière, la condition 6 (lait maternel sauf en présence d'indication médicale), la condition 7 (cohabitation 24 heures sur 24) et la condition 9 (utilisation de tétines artificielles) semblent être bien implantées. Toutefois, en comparant les résultats obtenus avec ceux des perspectives des intervenants et des mères

pour ces mêmes conditions, on constate que certains indicateurs ont reçu de moins bons résultats que laisse croire la perspective de l'observateur. La présence des intervieweurs-observateurs, surtout de façon impromptue, pourrait avoir eu un effet sur le comportement des intervenants, les incitant ainsi à se conformer aux *Dix conditions*. Les changements favorables des pratiques hospitalières en présence d'un observateur externe (moins de séparation et diminution de l'utilisation de compléments et de suces) démontrent que les pratiques d'allaitement peuvent être modifiées dans le contexte de soins actuels et que, loin d'être un processus individuel ne touchant que la mère et son enfant, elles sont le résultat d'une dynamique hospitalière qui englobe aussi l'attitude et le comportement du personnel (Gökçay et autres, 1997).

D'autre part, l'information fournie par les mères est beaucoup moins sujette aux biais de désirabilité sociale parce qu'en général, elles ne portent pas d'intérêt à l'image de l'établissement. Elles apportent une autre vision des pratiques hospitalières : l'expérience de la mère (DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2001). Les mères sont toutefois plus sujettes au biais de rappel (qui augmente au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'accouchement). De plus, l'expérience des mères peut être altérée par leur vécu au niveau de l'accouchement et par ce qu'elles ont pu intégrer au cours de leur séjour à l'hôpital. Ceci pourrait expliquer les différences importantes entre ce que rapportent les mères et le personnel à l'égard des connaissances et de l'enseignement reçu et donné lors du séjour à l'hôpital.

La principale limite de l'étude est la petite taille des échantillons utilisés pour les perspectives des mères et des intervenants. Cette limite ressort surtout quand on examine les résultats pour chacun des hôpitaux. Par contre, lors de l'analyse pour la Montérégie, c'est-à-dire, considérant tous les intervenants et toutes les mères montérégiennes, la taille de l'échantillon devient plus appropriée. Il reste que, pour chaque hôpital, la taille de l'échantillon a été déterminée en se référant au nombre de mères (n=15) et de professionnels (n=10) tel que suggéré dans l'évaluation officielle de l'IHAB. Aucun calcul n'a été fait pour avoir un échantillon représentatif des intervenants et des mères. Il faut aussi noter la non-représentativité des résultats quant aux services reçus par la totalité des mères ayant accouché dans des hôpitaux montérégiens puisqu'aucun ajustement n'a été fait pour pondérer les hôpitaux selon leur contribution au nombre total des naissances en Montérégie. En effet, lors de l'analyse de la présente étude, chacun des hôpitaux s'est vu attribuer un poids équivalent même si le nombre annuel de naissances est variable d'un hôpital à l'autre.

Finalement, la méthodologie utilisée pour réaliser le diagnostic de cette étude est semblable à celle utilisée lors de l'évaluation officielle pour obtenir la certification *Hôpital ami des bébés*. Ainsi, les instruments de mesure, la collecte de données et les critères pour déterminer le niveau d'implantation de l'IHAB ont été adaptés à partir de ceux de l'OMS/UNICEF de façon à répondre aux besoins des établissements. L'étude s'inscrit plutôt dans une démarche de planification, dans le cadre du diagnostic comportemental, et cherche à connaître les comportements organisationnels devant être améliorés afin de mettre en œuvre des actions permettant de les faire progresser. La rigueur scientifique de l'exercice effectué différencie aussi cette étude du processus d'évaluation utilisé lors de la certification d'un établissement : la possibilité pour l'évaluateur officiel d'utiliser son jugement pour évaluer l'établissement avec une vision d'ensemble diffère de la petite marge de manœuvre

de l'intervieweur-agent de recherche. Cette rigueur fut considérée essentielle dans le souci d'assurer aux centres hospitaliers participants une uniformité dans la démarche suivie et, par le fait même, d'accroître la comparabilité des résultats obtenus dans les établissements. De plus, tel que déjà mentionné (Campbell, Gorman et Wigglesworth, 1995), il existe des avantages importants à utiliser l'outil fourni par l'IHAB : les normes selon lesquelles les hôpitaux sont jugés, sont reconnues internationalement et donc plus facilement acceptées par le personnel de la maternité. Par ailleurs, l'utilisation d'une méthodologie de collecte uniforme de données permet de répéter l'étude à intervalles réguliers afin d'étudier les changements organisationnels survenus ainsi que de comparer les résultats avec d'autres hôpitaux.

6.3 Implications pour la planification et l'évaluation du programme

La présente étude a permis de mesurer le niveau d'implantation des *Dix conditions* et de certains articles du *Code* pour chacun des neuf hôpitaux de la Montérégie de même que pour l'ensemble de la région. Ces résultats constituent une source précieuse de données, tant pour la planification régionale que locale. À l'échelle régionale, les résultats de cette étude ont contribué à l'élaboration des objectifs du Programme régional pour l'allaitement maternel 2003-2006 et de son plan d'action 2003-2004 (Direction de santé publique de la Montérégie, 2003).

Au niveau local, les résultats aideront les hôpitaux dans leur cheminement vers la certification *Amis des bébés* en leur permettant de rapprocher leurs politiques et leurs pratiques des normes internationales en matière d'allaitement maternel (Campbell, Gorman et Wigglesworth, 1995). À cet égard, les résultats de l'étude ont été diffusés en septembre 2001 auprès des infirmières-chefs et des responsables locales en allaitement. Un rapport, incluant les résultats pour chacun des hôpitaux présentés parallèlement avec ceux de l'ensemble des hôpitaux de la Montérégie, leur a été remis. Celui-ci était accompagné d'une présentation Power Point pour des fins de diffusion locale. La diffusion des résultats auprès de chacun des centres hospitaliers et du comité local de leur territoire a permis aux partenaires concernés de connaître le niveau d'implantation de l'IHAB et de définir des priorités et des objectifs réalistes lors du processus de planification locale. Plus particulièrement, les résultats ont permis de donner aux intervenants une rétroaction de leur performance et de sensibiliser les gestionnaires des établissements aux bienfaits de l'implantation de l'IHAB. De plus, ce type de données a été utile dans une démarche visant la qualité de soins offerts aux bénéficiaires.

L'analyse des variations dans l'implantation de l'IHAB, selon les caractéristiques des professionnels et des mères, peut fournir de l'information intéressante pour la planification tant au niveau régional qu'au niveau local. Par exemple, puisqu'on note que les médecins ont reçu moins de formation que les infirmières, des efforts particuliers devraient être déployés pour accroître leur participation aux formations en offrant, par exemple, des crédits de formation continue. Quant à l'horaire de travail, il faut s'assurer que les infirmières travaillant de nuit aient le même niveau de connaissances que les infirmières de jour et de soir à l'égard des facteurs qui assurent le succès de l'allaitement.

Les variations selon les caractéristiques des mères indiquent que, même si les soins prodigués aux mères semblent plutôt uniformes, certains sous-groupes pourraient être visés plus particulièrement par des actions régionales et locales. Par exemple, les mères sous-scolarisées devraient être mises en contact précoce avec leur bébé et devraient être encouragées et aidées à allaiter tout autant que les mères plus scolarisées. Dans le même ordre d'idées, les mères ayant accouché par césarienne devraient recevoir les mêmes soins en ce qui a trait au contact précoce et à la cohabitation, que les mères ayant eu un accouchement par voie vaginale. Bien que cette différence dans les soins était anticipée, les résultats montrent le besoin d'améliorer ces pratiques afin que les mères ayant eu une césarienne ne reçoivent pas de soins nuisant à leur intention d'allaiter et qu'elles puissent atteindre leur objectif d'allaitement.

Les données recueillies contribueront aussi à l'évaluation du programme, tant au niveau régional qu'au niveau local. Elles serviront de point de départ dans un processus de monitoring évaluatif visant à documenter l'évolution des changements de pratiques préconisés par l'IHAB. Avec l'élargissement de l'IHAB en IAB, il sera important de faire un diagnostic similaire du niveau de l'implantation de l'IAB dans la communauté, notamment dans les dix-neuf CLSC de la région.

Conclusion

Les efforts des mères à initier l'allaitement et à le poursuivre avec succès peuvent être sérieusement contraints par certaines pratiques hospitalières et les intérêts commerciaux. Il est donc essentiel que les hôpitaux offrant des soins de maternité aient des politiques qui assurent la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement (Levitt et autres, 1996). Les professionnels de la santé ont la responsabilité d'adopter les pratiques préconisées par ces politiques et ainsi aider les mères à développer la confiance en soi et à acquérir les compétences nécessaires pour allaiter avec succès. L'IHAB fournit le cadre permettant de mobiliser les gestionnaires et les professionnels de la santé pour favoriser un environnement favorable à l'allaitement. Pour ce faire, les *Dix conditions* identifient clairement les pratiques fondées sur des données probantes auxquelles les établissements doivent se conformer. Quant au *Code*, il établit les conditions selon lesquelles les substituts du lait maternel, les tétines artificielles et les biberons peuvent être publicisés ou distribués dans un établissement de santé.

Toutefois, considérant le désir des professionnels de la santé d'offrir aux mères des soins de qualité et l'accès à un cadre offert par l'IHAB qui conduit à une amélioration des pratiques, pourquoi l'implantation complète des *Dix conditions* et du *Code* est-elle si difficile à atteindre en Montérégie et ailleurs en Amérique du Nord? Même si la conformité aux *Dix conditions* et le respect du *Code* peuvent sembler à prime abord simples, leur mise en œuvre s'effectue graduellement, pas à pas. Pour la plupart des établissements, cette démarche nécessite une révision élaborée des soins et de l'organisation des services offerts en prénatal, pernatal et postnatal (Chalmers, 1998). Pour réussir à implanter l'IHAB dans un établissement, l'engagement des gestionnaires et des professionnels de la santé et leur conviction à l'égard de l'importance de l'allaitement sont essentiels. La démarche entreprise nécessite la mobilisation d'une équipe ou un comité multidisciplinaire et doit faire appel à la participation des membres du personnel dans l'élaboration de leurs propres objectifs et dans la détermination des stratégies à l'égard des changements de pratiques requis (Wright, Rice et Wells, 1996). De plus, le lien avec le milieu communautaire (CLSC, organismes communautaires, médecins en cabinet privé) est essentiel pour s'assurer que les femmes soient adéquatement informées pour prendre des décisions éclairées par rapport à la santé de leur bébé et pour soutenir les mères qui viennent d'accoucher vers l'atteinte des objectifs de durée et d'exclusivité d'allaitement qu'elles se sont fixés.

Nous espérons que l'information fournie par cette étude agira comme un catalyseur pour susciter des changements organisationnels qui aideront les hôpitaux et leurs partenaires dans le cheminement vers l'obtention de la certification *Amis des bébés*.

Bibliographie

American Academy of Pediatrics. « Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 100, no 6, 1997, p. 1035-1039

Armstrong, H. et E. Sokol. *The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: What it means for mothers and babies world-wide*, International Lactation Consultant Association, 2001, 42 p.

Breastfeeding Committee for Canada. *The Baby-Friendly Initiative in community health services: a Canadian implementation guide*, Toronto, The Breastfeeding Committee for Canada, 2002, 85 p.

Bystrova, K. A. Widstrom, A. Matthiesen et autres. « Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of « the stress of being born »: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg (In Process Citation) », *Acta Paediatr*, vol. 92, no 3, 2003, p. 320-326.

Campbell, H., D. Gorman et A. Wigglesworth. « Audit of the support for breastfeeding mothers in Fife maternity hospitals using adapted « Baby Friendly Hospital'materials » », *Public Health Med*, vol. 17, no 4, 1995, p. 450-454.

Cattaneo, A. et R. Buzzetti. « Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative », *BMJ*, vol. 323, no 7325, 2001, p. 1358-1362.

Chalmers, B. « Implementing the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative », *Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 20, 1998, p. 271-279.

Comité canadien pour l'allaitement. *L'Initiative des amis des bébés dans la communauté : Le plan de protection de promotion et de soutien à l'allaitement en santé communautaire*, Toronto, Comité canadien pour l'allaitement, 1999, 6 p.

Dennis, C.L. « Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review », *J Obstet Gynecol Neaonatal Nurs*, vol. 31, no 1, 2002, p.12-32.

DiGirolamo, A.M., L.M. Grummer-Strawn et S. Fein. « Matgernity care practices: implications for breastfeeding », *Birth*, vol. 28, no 2, 2001, p. 94-100.

Direction de santé publique de la Montérégie. *Programme régional pour l'allaitement maternel de la Montérégie 2003-2006 : Plan d'action 2003-2004*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 21 p.

Dodgson, J.E., C.J. Allard-Hale, A. Bramscher et autres. « Adherence to the ten steps of the Baby-Friends Hospital Initiative in Minnesota hospitals », *Birth*, vol. 26, no 4, 1999, p. 239-247.

Donnelly, A., H.M. Snowden, M.J. Renfrew et autres. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women, 2000, http://www.update-software.com/abstracts/ab002075.htm (Page consultée le 29 janvier 2003).

Garforth, S. et J. Garcia. « Breast feeding policies in practice: no wonder they get confused », *Midwifery*, vol. 5, no 2, 1989, p. 75-83.

Gauthier, D., L.N. Haiek, L. Rocheleau et autres. *L'allaitement maternel*. Formation de base. Trousse à l'intention des intervenants œuvrant en périnatalité, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002.

Gauthier, D., L.N. Haiek et L. Rocheleau. *L'allaitement maternel*. Formation de base. Document du particpant, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002, 88 p.

Gökçay, G., N. Uzel, F. Kayaturk et autres. « Ten steps for successful breast-feeding : assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement », *Child Care Health Dev*, vol. 23, no 2, 1997, p. 187-200.

Green, L.W. et M.W. Kreuter. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, Moutain View, Mayfield Publishing Company, 1991, 506 p.

Haiek, L.N., D.L. Gauthier, D. Brosseau et autres. *L'allaitement maternel. Étude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 151 p.

Heiberg Endersen, E. et E. Helsing. « Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991 », *Acta Paediatr*, vol. 84, no 7, 1995, p. 719-724.

Janssen, P.A., M.C. Klein, S.J. Harris et autres. « Single room maternity care and client satisfaction », *Birth*, vol. 27, no 4, 2000, p. 232-243.

Janssen, P.A., S.J. Harris, J. Soolsma et autres. « Single room maternity care: the nursing response », *Birth*, vol. 28, no 3, 2001, p. 173-179.

Kovach, A.C. « An assessment tool for evaluating hospital brestfeeding policies and practices », *J Hum Lact*, vol. 12, no 1, 1996, p. 41-45.

Kovach, A.C. « Hospital breastfeeding policies in the Philadelphia area: a comparison with the ten steps to successful breastfeeding », *Birth*, vol. 24, no 1, 1997, p. 41-48.

Kramer, M.S., B. Chalmers, E.D. Hodnett et autres. « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus », *JAMA*, vol. 285, no 4, 2001a, p. 413-420.

Kramer, M.S., R.G. Barr, S. Dagenais et autres. « Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a reandomized controlled trial », *JAMA*, vol. 286, no 3, 2001b, p. 322-326.

Lepage, M.C. et J. Moisan. *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Beauport, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998, 171 p.

Lepage, M.C., N. Doré et G. Carignan. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement - région de Québec*, Beauport, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000, 85 p.

Levitt, C.A., J. Kaczorowski, L. Hanvey et autres. « Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care », *CMAJ*, vol. 155, no 2, 1996, p. 181-188.

Loiselle, C.G., S.E. Semenic, B. Cote et autres. « Impressions of breastfeeding information and support among firts-time motehrs within a multiethnic community », *Can J Nurs Res*, vol. 33, no 3, 2001, p. 31-46.

Martens, P.J., S.J. Philips, M.S. Cheang et autres. « How Baby-Friendly are Manitoba hospitals? The Provincial Infant Feeding Stydy. Breastfeeding Promotion Steering Committee of Manitoba », *Can J Public Health*, vol. 91, no 1, 2000, p. 51-57.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les Priorités nationales de Santé publique 1997-2002*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 1997, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 2001, 75 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 2003, 133 p.

Nissen, E.K., K. Uvnas-Moberg, K. Svensson et autres. « Different patterns of oxytocin prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route », *Early Hum Dev*, vol. 45, no 1-2, 1996, p. 103-118.

Organisation mondiale de la Santé. *Code international de commercialisation, des substituts du lait maternel*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981, 38 p.

Organisation mondiale de la Santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*, Genève, Quarante-septième assemblée nationale de la santé, 1994, 3 p.

Organisation mondiale de la Santé. *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement*, Genève, Système de santé et santé communautaire, Département Santé et Développement de l'enfant et de l'adolescent, 1999, 122 p.

Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Genève, Organisation mondiale de la Santé/UNICEF, 1989, 32 p.

Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, Florence, Italie, 1990.

Perez-Escamilla, R., E. Pollitt, B. Lonnerdal et autres. « Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview », *AMJ Public Health*, vol. 84, no 1, 1994, p. 89-97.

Philipp, B.L., A. Merewood, L.W. Miller et autres. « Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting », *Pediatrics*, vol. 108, no 3, 2001, p. 677-681.

Renaud, L. et M. Gomez Zamudio. *Planifier pour mieux agir*, Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), 1998, 154 p.

Righard, L. et M.O. Alade. « Effect of delivery room routines on success of first breast-fedd », *Lancet*, vol. 336, no 8723, 1990, p. 1105-1107.

Rocheleau, L., L.N. Haiek et J. Laguë. *Protection, soutien et promotion de l'allaitement maternel en Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 11 p.

Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né : lignes directrices nationales, 2000*, hhtp://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/cyfh/child and youth/physical healthy/maternite.html (Page consultée le 11 février 2003).

Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998, 55 p.

Syler, G.P., P. Sarvela, K. Welshimer et autres. « A descriptive study of breastfeeding practices and policies in Missouri hospitals », *J Hum Lact*, vol. 13, no 2, 1997, p. 103-107.

UNICEF/Organisation mondiale de la Santé. *L'Initiative pour des hôpitaux Amis des Bébés : Deuxième partie : exécution au niveau des* hôpitaux, Genève, UNICEF/Organisaiton mondiale de la Santé, 1992, 22 p.

UNICEF/Organisation mondiale de la Santé. *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités*, New York, UNICEF/Organisaiton mondiale de la Santé, 1994, 186 p.

UNICEF/Organisation mondiale de la Santé. *Réévaluation des hôpitaux Amis des Bébés et des services des maternités : Guide d'établissements d'un mécanisme national. Initiative Hôpitaux Amis des Bébés*, New York, UNICEF/Organisaiton mondiale de la Santé, 1998, p. 20.

Uvnas-Moberg, K., A. Widstrom, G. Marchini et autres. « Release of GI hormones in mother and infant by sensory stimulation », *Acta Paediatr Scand*, vol. 76, no 6, 1987, p. 851-860.

Widstrom, A., J. Winberg, S. Werner et autres. « Breast feeding-induced effects on plasma gastrin and somatostatin levels and thier correlation with milk yield in lactating females », *Early Hum Dev*, vol. 16, no 2-3, 1988, po. 293-301.

Widstrom, A., V. Wahlberg, A. Matthiesen et autres. « Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour », *Early Hum Dev*, vol. 21, no 3, 1990, p. 153-163.

Winberg, J., K. Uvnas-Moberg et A. Widstrom. « Nursing routines separating mother and child cause breast feeding problems », *Lakartidningen*, vol. 85, no 46, 1988, p. 3945-3946.

World Health Organization. *The optimal duration of exclusive breastfeeding - Report of an expert consultation*, Geneva, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2001a, 6 p.

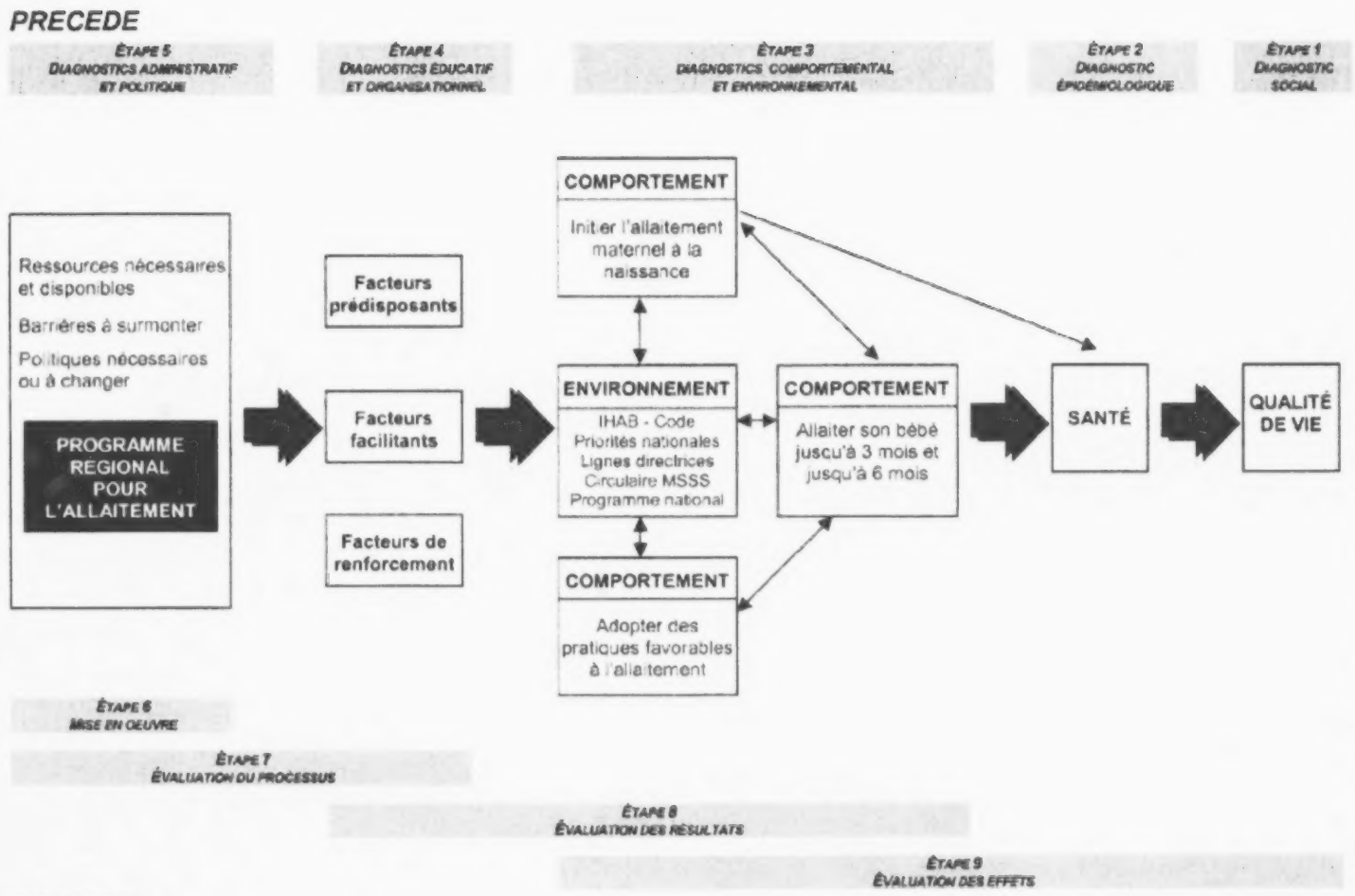
World Health Organization. *Infant and young child nutrition*, Geneva, Fifty-fourth World Health Assembly, 2001b, 4 p.

Wright, A., S. Rice et S. Wells. « Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 97, no 5, 1996, p. 669-675.

ANNEXES

Annexe 1

Modèle PRECEDE-PROCEED


PRECEDE
ÉTAPE 5
DIAGNOSTICS ADMINISTRATIF ET POLITIQUE
ÉTAPE 4
DIAGNOSTICS ÉDUCATIF ET ORGANISATIONNEL
ÉTAPE 3
DIAGNOSTICS COMPORTEMENTAL ET ENVIRONNEMENTAL
ÉTAPE 2
DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ÉTAPE 1
DIAGNOSTIC SOCIAL
Ressources nécessaires et disponibles
Barrières à surmonter
Politiques nécessaires ou à changer
PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT
Facteurs prédisposants
Facteurs facilitants
Facteurs de renforcement
COMPORTEMENT
Initier l'allaitement maternel à la naissance
ENVIRONNEMENT
IHAB - Code
Priorités nationales
Lignes directrices
Circulaire MSSS
Programme national
COMPORTEMENT
Allaiter son bébé jusqu'à 3 mois et jusqu'à 6 mois
COMPORTEMENT
Adopter des pratiques favorables à l'allaitement
SANTÉ
QUALITÉ DE VIE
ÉTAPE 6
MISE EN OEUVRE
ÉTAPE 7
ÉVALUATION DU PROCESSUS
ÉTAPE 8
ÉVALUATION DES RÉSULTATS
ÉTAPE 9
ÉVALUATION DES EFFETS
PROCEED

Annexe 2

Indicateurs pour mesurer le niveau d'implantation des Dix conditions et du Code

Condition 1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel	
Perspective des intervenants	**Total des indicateurs : 3**
L'intervenant rapporte qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	
L'intervenant ayant rapporté qu'il y a une politique d'allaitement au centre hospitalier, dit l'avoir vue.	
L'intervenant ayant vu la politique d'allaitement, énumère au moins 2 éléments contenus dans cette politique.	
Perspective des mères	**Total des indicateurs : 1**
La mère sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier.	
Perspective de l'observateur	**Total des indicateurs : 3**
Le centre hospitalier a une politique d'allaitement écrite.	
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique est affichée de manière visible, dans la ou les langue(s) les plus couramment comprises par les clientes et le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons.	
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique comprend les Dix conditions.	
Condition 2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique	
Perspective des intervenants	**Total des indicateurs : 5**
L'intervenant a reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des 3 dernières années.	
L'intervenant ayant reçu de la formation, a eu au moins 18 heures de formation au cours des 3 dernières années.	
L'intervenant ayant reçu de la formation, a eu de la formation théorique et clinique.	
L'intervenant ayant moins d'une année d'expérience, a reçu au moins 1 heure d'orientation sur l'allaitement au cours des 6 premiers mois suivant son entrée à l'unité de maternité.	
L'intervenant répond correctement à au moins 3 questions sur 5 sur les connaissances de base de l'allaitement maternel.	
Condition 3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique (inclus si services prénataux présents à l'hôpital)	
Perspective des intervenants	**Total des indicateurs : 2**
L'intervenant nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère.	
L'intervenant nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	
Perspective des mères	**Total des indicateurs : 4**
La mère a reçu du centre hospitalier de l'information sur les avantages de l'allaitement.	
La mère nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère.	
La mère a reçu du centre hospitalier de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement.	
La mère nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.	

Condition 4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 7

L'intervenant rapporte que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).

L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale.

L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus suivant un accouchement par voie vaginale.

L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.

L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.

L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.

L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.

Perspective des mères — Total des indicateurs : 7

La mère a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).

La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement par voie vaginale.

La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement par voie vaginale.

La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.

La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.

La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.

La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.

Condition 5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 7

L'intervenant offre à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.

L'intervenant enseigne l'expression manuelle du lait aux mères.

L'intervenant nomme les 4 principales étapes de l'expression manuelle selon la technique Marmet.

L'intervenant nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.

L'intervenant informe la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et une position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.

L'intervenant enseigne au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible.

L'intervenant informe les mères sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans les cas où elles sont séparées de leur bébé pour une période prolongée.

Condition 5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson (suite)

Perspective des mères — Total des indicateurs : 6

La mère a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.

La mère a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.

La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.

La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et une position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.

La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible.

La mère ayant tenté d'allaiter, a été informée sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans le cas où elle a été séparée de son bébé pour une période prolongée.

Condition 6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 1

L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, l'intervenant mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.

Perspective des mères — Total des indicateurs : 1

La mère rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, elle mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.

Perspective de l'observateur — Total des indicateurs : 1

L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'ont reçu que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) étaient présentés sans observer aucune autre raison.

Condition 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 5

L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.

L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.

L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.

L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.

L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.

Condition 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour (suite)

Perspective des mères — Total des indicateurs : 5

La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.

La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.

La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.

La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.

La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.

Perspective de l'observateur — Total des indicateurs : 1

L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés nés à terme et en santé n'ont pas été séparés de leur mère ou ont été séparés seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.

Condition 8. Encourager l'allaitement à la demande de l'enfant

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 4

L'intervenant donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).

L'intervenant enseigne aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).

L'intervenant rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.

L'intervenant enseigne aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».

Perspective des mères — Total des indicateurs : 4

La mère ayant tenté d'allaiter, donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).

La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit d'allaiter son bébé « aussitôt qu'il le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).

La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.

La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».

Condition 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette

Perspective des intervenants — Total des indicateurs : 2

L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent un ou des biberons.

L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent une ou des suces.

Perspective des mères — Total des indicateurs : 2

La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier.

La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de suce pendant son séjour au centre hospitalier.

Condition 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette (suite)	
Perspective de l'observateur	**Total des indicateurs : 2**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de biberon.	
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de suce.	
Condition 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique	
Perspective des intervenants	**Total des indicateurs : 3**
L'intervenant connaît le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier.	
L'intervenant connaît le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier.	
L'intervenant nome tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.	
Perspective des mères	**Total des indicateurs : 4**
La mère rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite par le centre hospitalier sur les services postnatals disponibles en CLSC.	
La mère rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	
La mère dit connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	
La mère disant connaître les organismes communautaires nomme au moins un organisme communautaire offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite.	
Perspective de l'observateur	**Total des indicateurs : 1**
La documentation remise aux mères comprend une liste exhaustive des organismes communautaires et des ressources offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.	
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	
Perspective de l'infirmière chef	**Total des indicateurs : 2**
Le centre hospitalier ne reçoit pas d'approvisionnement gratuit de préparations commerciales pour nourrissons.	
Le centre hospitalier ne fournit pas de préparations commerciales gratuites (pour usage à la maison).	
Perspective de l'observateur	**Total des indicateurs : 6**
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique interdit l'enseignement de groupe sur la préparation des biberons.	
Lorsqu'il y a une politique d'allaitement écrite, la politique interdit la publicité et les affiches faisant la promotion des tétines artificielles et des préparations commerciales pour nourrissons.	
Les mères ne reçoivent ni documentation ni publicité sur les tétines artificielles et sur les préparations commerciales pour nourrissons.	
À l'unité de maternité (incluant la pouponnière), il n'y a aucune forme de promotion (affiches) des tétines artificielles et des préparations commerciales pour nourrissons.	
À l'unité de maternité (incluant la pouponnière), il n'y a aucun article promotionnel (crayons, galons à mesurer, etc.) provenant des fabricants de préparations commerciales pour nourrissons.	
Les paquets-cadeaux ne contiennent pas d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.	

Annexe 3

Niveau d'implantation des Dix conditions et du Code de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés dans l'ensemble de la Montérégie

CONDITION 1. ADOPTER UNE POLITIQUE D'ALLAITEMENT MATERNEL FORMULÉE PAR ÉCRIT, ET SYSTÉMATIQUEMENT PORTÉE À LA CONNAISSANCE DE TOUT LE PERSONNEL SOIGNANT

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 7
		Perspective des intervenants
80	95	✓ rapportent qu'il y a une politique écrite au centre hospitalier;
80	95	✓ parmi ceux rapportant qu'il y a une politique au centre hospitalier, disent l'avoir vue;
80	58	✓ parmi ceux rapportant l'avoir vue, énumèrent au moins 2 éléments contenus dans cette politique.
		Perspective des mères
80	60	✓ savent qu'il y a une politique écrite au centre hospitalier.
		Perspective de l'observateur
100	22	✓ des centres hospitaliers ont une politique d'allaitement écrite;
100	50	✓ des politiques, lorsque présentes, sont affichées de manière visible, dans la ou les langue(s) les plus couramment comprises par les clientes et le personnel, partout où se donnent des soins aux mères et aux nourrissons;
100	100	✓ des politiques, lorsque présentes, comprennent les Dix conditions.

CONDITION 2. DONNER À TOUT LE PERSONNEL SOIGNANT LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR METTRE EN ŒUVRE CETTE POLITIQUE

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 5
		Perspective des intervenants
80	91	✓ ont reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des trois dernières années;
80	60	✓ parmi ceux ayant reçu de la formation, ont reçu au moins 18 heures de formation au cours des 3 dernières années;
80	43	✓ parmi ceux ayant reçu de la formation, ont reçu de la formation théorique et clinique;
80	71	✓ parmi ceux ayant moins d'une année de service, ont reçu au moins 1 heure d'orientation sur l'allaitement au cours des 6 premiers mois suivant leur entrée à l'unité de maternité;
80	99	✓ répondent correctement à au moins 3 questions sur 5 sur les connaissances de base de l'allaitement maternel.

CONDITION 3. INFORMER TOUTES LES FEMMES ENCEINTES DES AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT ET DE SA PRATIQUE (INCLUS SI SERVICES PRÉNATAUX PRÉSENTS À L'HÔPITAL)

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 6
		Perspective des intervenants
80	98	✓ nomment au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère;
80	39	✓ nomment au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 6
		Perspective des mères
80	50	✓ ont reçu, du centre hospitalier, de l'information sur les avantages de l'allaitement;
80	77	✓ nomment au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 suivants : protection pour le bébé, nutrition, attachement mère/enfant, avantages pour la mère;
80	23	✓ ont reçu, du centre hospitalier, de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement;
80	2	✓ nomment au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 suivants : une première tétée précoce, la prise du sein et une position adéquate, la cohabitation, l'allaitement à la demande, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle.

CONDITION 4. AIDER LES MÈRES À COMMENCER À ALLAITER LEUR ENFANT DANS LA DEMI-HEURE SUIVANT LA NAISSANCE

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 14
		Perspective des intervenants
80	63	✓ rapportent que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé);
80	96	✓ mettent le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale;
80	63	✓ laissent le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus suivant un accouchement par voie vaginale;
80	100	✓ encouragent la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale;
50	43	✓ mettent le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne;
50	72	✓ laissent le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne;
50	89	✓ encouragent la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.
		Perspective des mères
80	46	✓ ont été mises en contact peau à peau avec leur bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé);
80	94	✓ ont été mises en contact avec leur bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement par voie vaginale;
80	46	✓ ont été mises en contact avec leur bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement par voie vaginale;
80	76	✓ ont été encouragées à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale;
50	60	✓ ont été mises en contact avec leur bébé dans les 30 premières minutes suivant leur capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne;
50	60	✓ ont été mises en contact avec leur bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant leur capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne;
50	58	✓ ont été encouragées à allaiter dans les 2 heures suivant leur capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.

CONDITION 5. INDIQUER AUX MÈRES COMMENT PRATIQUER L'ALLAITEMENT ET COMMENT ENTRETENIR LA LACTATION MÊME SI ELLES SE TROUVENT SÉPARÉES DE LEUR NOURRISSON

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 13
		Perspective des intervenants
80	99	✓ offrent à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement;
80	32	✓ enseignent l'expression manuelle du lait aux mères;
80	23	✓ nomment les 4 principales étapes de l'expression manuelle selon la technique Marmet;
80	71	✓ nomment au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein;
80	33	✓ informent la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et une position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle;
80	64	✓ enseignent au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible;
80	95	✓ informent les mères sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans les cas où elles sont séparées de leur bébé pour une période prolongée.
		Perspective des mères
80	79	✓ ont eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement;
80	36	✓ ont reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.
		Perspective des mères ayant tenté d'allaiter
80	35	✓ nomment au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein;
80	6	✓ nomment au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix suivants : la cohabitation, la prise du sein et une position adéquate, l'allaitement à la demande, l'absence de restriction de la durée des tétées, l'absence de complément, l'absence de tétine artificielle;
80	34	✓ nomment au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible;
80	43	✓ des mères ayant été séparées de leur bébé pour une période prolongée, ont été informées sur comment amorcer et maintenir une production de lait.

CONDITION 6. NE DONNER AUX NOUVEAU-NÉS AUCUN ALIMENT NI AUCUNE BOISSON AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL, SAUF INDICATION MÉDICALE

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 3
		Perspective des intervenants
80	16	✓ rapportent que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, l'intervenant mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 3
		Perspective des mères
80	80	✓ rapportent que leur bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, elles mentionnent une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.
		Perspective de l'observateur
80	90	✓ des bébés n'ont reçu que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) étaient présentes sans observer aucune autre raison, lors d'une visite de l'observateur sur 16 heures à l'unité de maternité (incluant la pouponnière).

CONDITION 7. LAISSER L'ENFANT AVEC SA MÈRE 24 HEURES PAR JOUR

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 11
		Perspective des intervenants
80	92	✓ rapportent que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre;
80	34	✓ rapportent que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital;
50	37	✓ rapportent que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre;
50	24	✓ rapportent que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital;
80	7	✓ rapportent que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.
		Perspective des mères
80	86	✓ rapportent que leur bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elles du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre;
80	31	✓ rapportent que leur bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elles du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital;
50	37	✓ rapportent que leur bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elles du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre;
50	14	✓ rapportent que leur bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elles du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital;
80	19	✓ rapportent que leur bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elles ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.

		Perspective de l'observateur
80	69	✓ des bébés nés à terme et en santé dans l'unité de maternité n'ont pas été séparés de leur mère ou ont été séparés seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission, lors d'une visite de l'observateur sur 16 heures à l'unité de maternité (incluant la pouponnière)

CONDITION 8. ENCOURAGER L'ALLAITEMENT À LA DEMANDE DE L'ENFANT

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 8
		Perspective des intervenants
80	97	✓ donnent une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]);
80	68	✓ enseignent aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée);
80	75	✓ rapportent que la durée de la tétée ne doit pas être limitée;
80	74	✓ enseignent aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « nombre de minutes ».
		Perspective des mères ayant tenté d'allaiter
80	91	✓ donnent une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]);
80	35	✓ rapportent qu'un intervenant du centre hospitalier leur a dit d'allaiter leur bébé « aussitôt qu'il le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée);
80	91	✓ rapportent que la durée de la tétée ne doit pas être limitée;
80	38	✓ rapportent qu'un intervenant du centre hospitalier leur a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».

CONDITION 9. NE DONNER AUX ENFANTS NOURRIS AU SEIN AUCUNE TÉTINE ARTIFICIELLE OU SUCETTE

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 6
		Perspective des intervenants
80	27	✓ rapportent que 20 % ou moins des bébés utilisent un ou des biberons;
80	32	✓ rapportent que 20 % ou moins des bébés utilisent une ou des suces.
		Perspective des mères
80	67	✓ rapportent que leur bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier;
80	47	✓ rapportent que leur bébé n'a pas utilisé de suce durant son séjour au centre hospitalier.
		Perspective de l'observateur
80	69	✓ des bébés ne sont pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisent de biberon durant 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière);
80	71	✓ des bébés ne sont pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisent de suce durant 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière).

CONDITION 10. ENCOURAGER LA CONSTITUTION D'ASSOCIATIONS DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LEUR ADRESSER LES MÈRES DÈS LEUR SORTIE DE L'HÔPITAL OU DE LA CLINIQUE.

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 8
		Perspective des intervenants
80	79	✓ connaissent le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier;
80	52	✓ connaissent le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier;
80	46	✓ nomment tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.
		Perspective des mères
80	78	✓ rapportent avoir été informées ou avoir reçu de la documentation écrite par le centre hospitalier sur les services postnatals disponibles en CLSC;
80	81	✓ rapportent avoir été informées ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent;
80	79	✓ disent connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent;
80	50	✓ parmi celles disant connaître les organismes communautaires, nomment au moins un organisme communautaire offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elles habitent.
		Perspective de l'observateur
100	89	✓ de la documentation remise aux mères comprend une liste exhaustive des organismes communautaires et des ressources offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier.

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

SEUIL À ATTEINDRE %	SEUIL ATTEINT %	TOTAL DES INDICATEURS = 8
		Perspective de l'infirmière-chef
100	11	✓ rapportent ne pas recevoir d'approvisionnement gratuit de préparations commerciales pour nourrissons;
100	67	✓ rapportent ne pas fournir de préparations commerciales gratuites (pour usage à la maison).
		Perspective de l'observateur
100	0	✓ des politiques, lorsque présentes, interdisent l'enseignement de groupe sur la préparation des biberons;
100	100	✓ des politiques, lorsque présentes, interdisent la publicité et les affiches faisant la promotion des tétines artificielles et des préparations commerciales pour nourrissons;
100	33	✓ des unités de maternité ne remettent pas aux mères de documentation ni de publicité sur les tétines artificielles et sur les préparations commerciales pour nourrissons;
100	33	✓ des unités de maternité (incluant la pouponnière) ne présentent aucune forme de promotion (affiche) des tétines artificielles et des préparations commerciales pour nourrissons;

			Perspective de l'observateur (suite)
100	100	✓	des unités de maternité (incluant la pouponnière) ne présentent aucun article promotionnel (crayon, galon à mesurer, etc.) provenant des fabricants de préparations commerciales pour nourrissons;
100	100	✓	des paquets-cadeaux ne contiennent pas d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.

[1]Les mères ayant eu des bébés de moins de 2 kilogrammes ont été exclues.

Annexe 4

Indices de dissimilitude des connaissances, des pratiques et de l'enseignement

Indices de dissimilitude des connaissances

CONDITION 3	
L'intervenant nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis.	INDICE DE DISSIMILITUDE 21 %
La mère nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis.	
L'intervenant nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 préétablis.	INDICE DE DISSIMILITUDE 37 %
La mère nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 préétablis.	
CONDITION 5	
L'intervenant nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.	INDICE DE DISSIMILITUDE 36 %
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein.	
CONDITION 8	
L'intervenant donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).	INDICE DE DISSIMILITUDE 6 %
La mère ayant tenté d'allaiter, donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande (lorsque le bébé le demande, sans restriction [période critique de 5-6 heures est acceptable]).	
L'intervenant rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.	INDICE DE DISSIMILITUDE 16 %
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.	

Indices de dissimilitude des pratiques hospitalières

CONDITION 4	
L'intervenant rapporte que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).	INDICE DE DISSIMILITUDE 17 %
La mère a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de sa mère ou main de la mère sur le corps nu du bébé).	
L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale.	INDICE DE DISSIMILITUDE 2 %
La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement par voie vaginale.	
L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus suivant un accouchement par voie vaginale.	INDICE DE DISSIMILITUDE 17 %
La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement par voie vaginale.	
L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.	INDICE DE DISSIMILITUDE 24 %
La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale.	

CONDITION 4 (SUITE)	
L'intervenant met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne. La mère a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **17 %**
L'intervenant laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne. La mère a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **12 %**
L'intervenant encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne. La mère a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant sa capacité à réagir lors d'un accouchement par césarienne.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **31 %**
CONDITION 6	
L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison. La mère rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **64 %**
L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, l'intervenant mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison. L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'ont reçu que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) étaient présentes sans observer aucune autre raison.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **74 %**
La mère rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, elle mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison. L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'ont reçu que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) étaient présentes sans observer aucune autre raison.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **10 %**

CONDITION 7	
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre. La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **6 %**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital. La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **3 %**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre. La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **0 %**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital. La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé d'un accouchement par césarienne n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **10 %**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission. La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **12 %**
L'intervenant rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission. L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés nés à terme et en santé n'ont pas été séparés de leur mère ou ont été séparés seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **62 %**
La mère rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission. L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés nés à terme et en santé n'ont pas été séparés de leur mère ou ont été séparés seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission.	**INDICE DE DISSIMILITUDE** **50 %**

CONDITION 9	
La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 2 %**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de biberon.	
La mère rapporte que son bébé n'a pas utilisé de suce pendant son séjour au centre hospitalier.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 24 %**
L'observateur rapporte qu'après 16 heures d'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), les bébés n'étaient pas en présence (dans le berceau ou près du lit de leur maman), ni n'utilisaient de suce.	

Indices de dissimilitude de l'enseignement

CONDITION 5	
L'intervenant offre à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 20 %**
La mère a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement.	
L'intervenant enseigne l'expression manuelle du lait aux mères.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 4 %**
La mère a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.	
L'intervenant informe la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix préétablis.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 27 %**
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix préétablis.	
L'intervenant enseigne au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible.	**INDICE DE DISSIMILITUDE 30 %**
La mère ayant tenté d'allaiter, nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	
CONDITION 8	
L'intervenant enseigne aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).	**INDICE DE DISSIMILITUDE 33%**
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit d'allaiter son bébé « aussitôt qu'il le demande » sans spécifier « à l'intérieur d'une période n'excédant pas X heures » (la mention d'une période n'excédant pas 5 à 6 heures était acceptée).	
L'intervenant enseigne aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».	**INDICE DE DISSIMILITUDE 36 %**
La mère ayant tenté d'allaiter, rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée » sans spécifier « X nombre de minutes ».	

Annexe 5

Variations des indicateurs selon certaines caractéristiques des intervenants et des mères

Indicateur Perspective des intervenants	Profession[1]			Horaire de travail[2]		
	Infirmière[3]	Médecin		Jour	Soir/Nuit	
	% présence	% présence	p[4]	% présence	% présence	p[4]
Condition 1 – L'intervenant :	**N = 16**	**N = 3**		**N = 6**	**N = 7**	
rapporte qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier	100	67	*	100	100	
ayant rapporté qu'il y a une politique d'allaitement au centre hospitalier, dit l'avoir vue	94	100		100	86	
ayant vu la politique d'allaitement, énumère au moins 2 éléments contenus dans cette politique	67	50		33	100	*
Condition 2 – L'intervenant :	**N = 75**	**N = 12**		**N = 36**	**N = 41**	
a reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des 3 dernières années	96	67	***	94	95	
ayant reçu de la formation, a eu au moins 18 heures de formation au cours des 3 dernières années	63	38		62	62	
ayant reçu de la formation, a eu de la formation théorique et clinique	44	50		18	59	***
ayant moins d'une année d'expérience, a reçu au moins 1 heure d'orientation sur l'allaitement au cours des 6 premiers mois suivant son entrée à l'unité de maternité	100 (N=5)	0 (N=2)	***	0 (N = 2)	100 (N = 5)	
répond correctement à au moins 3 questions sur 5 sur les connaissances de base de l'allaitement maternel	100	100		97	100	
Condition 3 – L'intervenant :	**N = 75**	**N = 12**		**N = 36**	**N = 41**	
nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis	97	100		100	95	
nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement à l'hôpital parmi les 6 préétablis	40	25		61	27	**
Condition 4 – L'intervenant :	**N [5]= 75**	**N [5]= 12**		**N [5]= 36**	**N [5]= 41**	
rapporte que les bébés sont mis en contact peau à peau selon une définition préétablie	56	92	*	72	51	
met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale	99	100		94	97	
laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus suivant un accouchement par voie vaginale	61	67		65	60	
encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant l'accouchement par voie vaginale	100	100		100	100	
met le bébé en contact avec sa mère dans les 30 premières minutes après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne.	48	50		13	71	***
laisse le bébé en contact avec sa mère pendant 30 minutes ou plus après le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne	76	57		75	77	
encourage la mère et son bébé à allaiter pour la première fois dans les 2 heures suivant le moment où la mère est capable de réagir lors d'un accouchement par césarienne	90	100		77	97	**

Indicateur Perspective des intervenants	Profession			Horaire de travail		
	Infirmière[3]	Médecin		Jour	Soir/Nuit	
	% présence	% présence	p[4]	% présence	% présence	p[4]
Condition 5 – L'intervenant :	**N = 75**	**N = 12**		**N = 36**	**N = 41**	
offre à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement	100	100		100	100	
enseigne l'expression manuelle du lait aux mères	36	8		33	37	
nomme les 4 principales étapes de l'expression manuelle selon la technique Marmet	27	8		17	27	
nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein	76	33	**	83	66	
informe la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix préétablis	35	17		47	29	
enseigne au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	68	25	**	72	66	
informe les mères sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans les cas où elles sont séparées de leur bébé pour une période prolongée	95	92		97	93	
Condition 6 – L'intervenant :	**N = 75**	**N = 10**		**N = 36**	**N = 41**	
rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison	15	20		14	17	
Condition 7 – L'intervenant :	**N [5] = 75**	**N [5] = 12**		**N [5] = 36**	**N [5] = 41**	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	89	100		92	88	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	35	36		33	34	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	34	30		36	40	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	24	20		26	22	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission	8	0		11	5	
Condition 8 – L'intervenant :	**N [5] = 75**	**N [5] = 12**		**N [5] = 36**	**N [5] = 41**	
donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande	96	100		94	98	
enseigne aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande »	64	75		81	61	
rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée	73	67		92	61	**
enseigne aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée »	73	55		81	71	

Indicateur **Perspective des intervenants**	PROFESSION[1]			HORAIRE DE TRAVAIL[2]		
	INFIRMIÈRE[3]	MÉDECIN		JOUR	SOIR/NUIT	
	% PRÉSENCE	% PRÉSENCE	p[4]	% PRÉSENCE	% PRÉSENCE	p[4]
CONDITION 5 – L'INTERVENANT :	**N = 75**	**N = 12**		**N = 36**	**N = 41**	
offre à la mère de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement	100	100		100	100	
enseigne l'expression manuelle du lait aux mères	36	8		33	37	
nomme les 4 principales étapes de l'expression manuelle selon la technique Marmet	27	8		17	27	
nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein	76	33	**	83	66	
informe la mère d'au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 choix préétablis	35	17		47	29	
enseigne au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	68	25	**	72	66	
informe les mères sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans les cas où elles sont séparées de leur bébé pour une période prolongée	95	92		97	93	
CONDITION 6 – L'INTERVENANT :	**N = 75**	**N = 10**		**N = 36**	**N = 41**	
rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou, si autre chose que du lait maternel est reçue, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison	15	20		14	17	
CONDITION 7 – L'INTERVENANT :	**N [5]= 75**	**N [5]= 12**		**N [5]= 36**	**N [5]= 41**	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	89	100		92	88	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par voie vaginale ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	35	36		33	34	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	34	30		36	40	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé d'un accouchement par césarienne ne sont pas séparés de leur mère pour des périodes de plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	24	20		26	22	
rapporte que les bébés nés à terme et en santé ne sont pas séparés de leur mère ou sont seulement séparés pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission	8	0		11	5	
CONDITION 8 – L'INTERVENANT :	**N [5]= 75**	**N [5]= 12**		**N [5]= 36**	**N [5]= 41**	
donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande	96	100		94	98	
enseigne aux mères à allaiter « aussitôt que le bébé le demande »	64	75		81	61	
rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée	73	67		92	61	**
enseigne aux mères de « ne pas limiter la durée de la tétée »	73	55		81	71	

Indicateur Perspective des intervenants	Profession[1]			Horaire de travail[2]		
	Infirmière[3]	Médecin		Jour	Soir/Nuit	
	% présence	% présence	p[4]	% présence	% présence	p[4]
Condition 9 – L'intervenant :	**N[5]= 75**	**N[5]= 12**		**N[5]= 36**	**N[5]= 41**	
rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent un ou des biberons.	25	50		20	27	
rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent une ou des suces.	31	40		38	29	
Condition 10 – L'intervenant :	**N[5]= 75**	**N[5]= 12**		**N[5]= 36**	**N[5]= 41**	
connaît le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier	81	67		78	85	
connaît le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier	53	58		33	61	*
nomme tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier	45	25		51	40	

[1] Les infirmières chef (9) ont été exclues de cette analyse
[2] Les intervenants rapportant travailler dans tous les quarts de travail ont été exclus de l'analyse, dont tous les médecins
[3] Le personnel infirmier comprend les infirmières, les infirmières-bachelières et les puéricultrices
[4] Seuils de signification du test khi deux : *** p≤ 0,001, ** p ≤ 0,010, * p ≤ 0,050
[5] Le N peut varier s'il y a des réponses « ne s'applique pas »

Indicateur Perspective des mères	Scolarité			Âge de la mère			Type d'accouchement			Parité		
	Secondaire incomplet	Secondaire et plus	p[1]	Moins de 30 ans	30 ans et plus	p[1]	Vaginal	Césarienne	p[1]	Primipare	Multipare	p[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 1 – La mère dans un centre hospitalier ayant une politique	**N[2] = 4**	**N = 26**		**N = 18**	**N = 12**		**N = 20**	**N = 10**		**N = 11**	**N = 19**	
sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier	25	65		50	75		55	70		46	68	
Condition 3 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les avantages de l'allaitement	55	50		56	42		46	60		64	42	*
nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis	30	45		51	32	*	42	44		57	35	*
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement	20	25		25	22		25	22		32	19	
nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 préétablis	0	2		1	2		1	2		2	1	
Condition 4[3] – La mère	**N = 20**	**N = 113**		**N = 81**	**N = 52**		**N = 90**	**N = 43**		**N = 49**	**N = 84**	
a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie	45	46		49	40		61	14	***	35	52	*
a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement	75	85		80	89		94	61	***	74	89	*
a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement	25	55	*	48	56		46	62		52	50	
a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement	50	74	*	72	67		76	58	*	65	73	
Condition 5 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement	60	82	*	84	70		83	69		78	79	
a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait	35	37		41	30		34	40		43	32	
Condition 5 – La mère ayant tenté d'allaiter	**N = 10**	**N = 95**		**N = 66**	**N = 39**		**N = 73**	**N = 32**		**N = 43**	**N = 62**	
nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein	30	36		30	44		40	25		33	37	
nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 préétablis	0	6		5	8		7	3		7	5	
nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	40	34		30	41		32	41		33	36	
a été informée sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans le cas où elle a été séparée de son bébé pour une période prolongée	0 (N = 0)	43 (N = 7)		0 (N= 2)	60 (N = 5)		25 (N = 4)	67 (N = 3)		67 (N = 3)	25 (N = 4)	

Indicateur Perspective des intervenants	Profession[1]			Horaire de travail[2]		
	Infirmière[3]	Médecin		Jour	Soir/Nuit	
	% présence	% présence	p[4]	% présence	% présence	p[4]
Condition 9 – L'Intervenant :	**N[5]= 75**	**N[5]= 12**		**N[5]= 36**	**N[5]= 41**	
rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent un ou des biberons.	25	50		20	27	
rapporte que 20 % ou moins des bébés utilisent une ou des suces.	31	40		38	29	
Condition 10 – L'Intervenant :	**N[5]= 75**	**N[5]= 12**		**N[5]= 36**	**N[5]= 41**	
connaît le mécanisme de suivi fait par le centre hospitalier	81	67		78	85	
connaît le mécanisme de référence au(x) CLSC du territoire du centre hospitalier	53	58		33	61	*
nomme tous les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement dans le territoire du centre hospitalier	45	25		51	40	

[1] Les infirmières chef (9) ont été exclues de cette analyse
[2] Les intervenants rapportant travailler dans tous les quarts de travail ont été exclus de l'analyse, dont tous les médecins
[3] Le personnel infirmier comprend les infirmières, les infirmières-bachelières et les puéricultrices
[4] Seuils de signification du test khi deux : *** p≤ 0,001, ** p ≤ 0,010, * p ≤ 0,050
[5] Le N peut varier s'il y a des réponses « ne s'applique pas »

Indicateur Perspective des mères	Scolarité			Âge de la mère			Type d'accouchement			Parité		
	Secondaire incomplet	Secondaire et plus	p[1]	Moins de 30 ans	30 ans et plus	p[1]	Vaginal	Césarienne	p[1]	Primipare	Multipare	p[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 1 – La mère dans un centre hospitalier ayant une politique	**N[2] = 4**	**N = 26**		**N = 18**	**N = 12**		**N = 20**	**N = 10**		**N = 11**	**N = 19**	
sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier	25	65		50	75		55	70		46	68	
Condition 3 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les avantages de l'allaitement	55	50		56	42		46	60		64	42	*
nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis	30	45		51	32	*	42	44		57	35	*
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement	20	25		25	22		25	22		32	19	
nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 préétablis	0	2		1	2		1	2		2	1	
Condition 4[3] – La mère	**N = 20**	**N = 113**		**N = 81**	**N = 52**		**N = 90**	**N = 43**		**N = 49**	**N = 84**	
a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie	45	46		49	40		61	14	***	35	52	*
a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement	75	85		80	89		94	61	***	74	89	*
a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement	25	55	*	48	56		46	62		52	50	
a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement	50	74	*	72	67		76	58	*	65	73	
Condition 5 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement	60	82	*	84	70		83	69		78	79	
a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait	35	37		41	30		34	40		43	32	
Condition 5 – La mère ayant tenté d'allaiter	**N = 10**	**N = 95**		**N = 66**	**N = 39**		**N = 73**	**N = 32**		**N = 43**	**N = 62**	
nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein	30	36		30	44		40	25		33	37	
nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 préétablis	0	6		5	8		7	3		7	5	
nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	40	34		30	41		32	41		33	36	
a été informée sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans le cas où elle a été séparée de son bébé pour une période prolongée	0 (N = 0)	43 (N = 7)		0 (N= 2)	60 (N = 5)		25 (N = 4)	67 (N = 3)		67 (N = 3)	25 (N = 4)	

Indicateur Perspective des mères	Scolarité			Âge de la mère			Type d'accouchement			Parité		
	Secondaire incomplet	Secondaire et plus	p[1]	Moins de 30 ans	30 ans et plus	p[1]	Vaginal	Césarienne	p[1]	Primipare	Multipare	p[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 6 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison	85	79		74	89	*	83	73		69	87	**
Condition 7[1] – La mère	**N = 20**	**N = 113**		**N = 81**	**N = 52**		**N = 90**	**N = 43**		**N = 49**	**N = 84**	
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	55	70		70	64		86	30	***	59	73	
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	30	25		25	27		31	14	*	18	30	
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission	15	20		19	19		24	7	*	18	19	
Condition 8 – La mère ayant tenté d'allaiter	**N = 10**	**N = 95**		**N = 66**	**N = 39**		**N = 73**	**N = 32**		**N = 43**	**N = 62**	
donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande	80	93		92	90		90	94		93	90	
rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit d'allaiter son bébé « aussitôt qu'il le demande »	20	37		32	41		34	38		30	39	
rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée	100	91		88	97		88	100	*	98	87	
rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée »	30	39		38	39		32	53	*	44	34	
Condition 9 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
rapporte que son bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier	45	70	*	65	69		69	62		73	63	
rapporte que son bébé n'a pas utilisé de suce pendant son séjour au centre hospitalier	30	50		52	39		46	49		55	42	
Condition 10 – La mère	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les services postnatals disponibles en CLSC	70	79		77	80		81	71		82	75	
rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	80	82		82	82		86	73		82	81	
dit connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	75	80		83	74		83	71		80	79	

Indicateur Perspective des mères	Scolarité			Âge de la mère			Type d'accouchement			Parité		
	Secondaire incomplet	Secondaire et plus	p[1]	Moins de 30 ans	30 ans et plus	p[1]	Vaginal	Césarienne	p[1]	Primipare	Multipare	p[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 10 – La mère (suite)	**N = 20**	**N = 115**		**N = 81**	**N = 54**		**N = 90**	**N = 45**		**N = 51**	**N = 84**	
disant connaître les organismes communautaires, nomme au moins un organisme communautaire offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	20	43		40	39		38	42		43	37	

[1] Seuils de signification du test khi deux :*** p ≤ 0,001, ** p ≤ 0,010, * p ≤ 0,050
[2] Le N exclut les mères ayant répondu « ne sais pas »
[3] Les bébés de petit poids (2) ont été exclus de cette analyse

Indicateur Perspective des mères	Allaitement total à la sortie			Allaitement exclusif à la sortie		
	Allaitement	Non-allaitment	P[1]	Exclusif	Non exclusif	P[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 1 – La mère dans un centre hospitalier ayant une politique	**N[2] = 26**	**N = 4**		**N = 21**	**N = 5**	
sait qu'il y a une politique d'allaitement écrite au centre hospitalier	65	25		76	20	*
Condition 3 – La mère	**N = 95**	**N = 40**		**N = 70**	**N = 25**	
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les avantages de l'allaitement	60	28	***	58	64	
nomme au moins 2 avantages de l'allaitement parmi les 4 préétablis	55	15	***	56	52	
a reçu du centre hospitalier de l'information sur les facteurs qui aident au succès de l'allaitement	28	13		30	24	
nomme au moins 2 facteurs qui aident au succès de l'allaitement parmi les 6 préétablis	2	0		1	4	
Condition 4[3] – La mère	**N = 93**	**N = 40**		**N = 69**	**N = 24**	
a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie	47	43		52	33	
a été mise en contact avec son bébé dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement	87	75		91	75	*
a été mise en contact avec son bébé pour une période de 30 minutes ou plus suivant l'accouchement	48	56		45	58	
a été encouragée à allaiter dans les 2 heures suivant l'accouchement	90	23	***	96	75	**
Condition 5 – La mère	**N = 95**	**N = 40**		**N = 70**	**N = 25**	
a eu de l'aide pour allaiter dans les 6 premières heures suivant l'accouchement	94	43	***	97	84	*
a reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait	47	10	***	46	52	
Condition 5 – La mère ayant tenté d'allaiter	**N = 95**	**N = 10**		**N = 70**	**N = 25**	
nomme au moins 3 éléments d'une bonne position du bébé au sein	39	0	*	40	36	
nomme au moins 2 facteurs qui assurent une production suffisante de lait parmi les 6 préétablis	6	0		9	0	
nomme au moins 1 façon de prévenir les gerçures et les crevasses sans mentionner aucune façon nuisible	36	20		36	36	
a été informée sur comment amorcer et maintenir une production de lait dans le cas où elle a été séparée de son bébé pour une période prolongée	50 (N = 6)	0 (N = 1)		50 (N = 4)	50 (N = 2)	
Condition 6 – La mère	**N = 95**	**N = 40**		**N = 70**	**N = 25**	
rapporte que son bébé a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, mentionne une ou des indications médicales acceptables selon les Règles mondiales de l'IHAB ou une raison hors du contrôle du centre hospitalier (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison	80	80		100	24	***
Condition 7[3] – La mère	**N = 93**	**N = 40**		**N = 69**	**N = 24**	
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre le moment de la naissance et l'arrivée à la chambre	72	58		78	54	*
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle du tout ou qu'il a été séparé pour des périodes de pas plus d'une heure à la fois entre l'arrivée à la chambre et la sortie de l'hôpital	27	15		33	8	*
rapporte que son bébé né à terme et en santé n'a pas été séparé d'elle ou qu'il a été séparé seulement pour recevoir des soins médicaux autres que l'admission	20	15		26	4	*

Indicateur Perspective des mères	Allaitement total à la sortie			Allaitement exclusif à la sortie		
	Allaitement	Non-allaitment	P[1]	Exclusif	Non exclusif	P[1]
	% présence	% présence		% présence	% présence	
Condition 8 – La mère ayant tenté d'allaiter	**N = 95**	**N = 10**		**N = 70**	**N = 25**	
donne une définition préétablie de l'allaitement à la demande	95	60	***	94	96	
rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit d'allaiter son bébé « aussitôt qu'il le demande »	36	30		34	40	
rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée	95	60	***	96	92	
rapporte qu'un intervenant du centre hospitalier lui a dit de « ne pas limiter la durée de la tétée »	41	10		39	48	
Condition 9 – La mère	**N = 95**	**N = 40**		**N = 70**	**N = 25**	
rapporte que son bébé n'a pas utilisé de biberon pendant son séjour au centre hospitalier	95	0	***	100	80	***
rapporte que son bébé n'a pas utilisé de suce pendant son séjour au centre hospitalier	60	15	***	64	48	
Condition 10 – La mère	**N = 95**	**N =40**		**N = 70**	**N = 25**	
rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les services postnatals disponibles en CLSC	78	80		74	85	
Rapporte avoir été informée ou avoir reçu de la documentation écrite, par le centre hospitalier, sur les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	81	85		77	89	
dit connaître les organismes communautaires offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	85	65	**	86	84	
disant connaître les organismes communautaires nomme au moins un organisme communautaire offrant du soutien à l'allaitement sur le territoire où elle habite	49	18	***	44	62	

[1] Seuils de signification du test khi deux :*** $p \leq 0{,}001$, ** $p \leq 0{,}010$, * $p \leq 0{,}050$
[2] Le N exclut les mères ayant répondu « ne sais pas »
[3] Les bébés de petit poids (2) ont été exclus de cette analyse